

indicatori quantitativi e qualitativi, anche confrontandoli con le migliori pratiche assistenziali (in termini di costi-benefici) presenti in altre realtà territoriali.

Completano il quadro, la previsione dell'istituto del "fallimento politico del Presidente della giunta regionale" in caso di grave dissesto finanziario relativamente al disavanzo sanitario, che si concretizza al verificarsi, simultaneamente, di grave e immotivata violazione degli obblighi previsti dal piano di rientro sulla sanità e di aumento, per due esercizi consecutivi, dell'addizionale regionale IRPEF al livello massimo previsto.

Il concetto di grave dissesto finanziario, formulato sulla base dell'analogo principio, contenuto nel Patto per la salute 2010/2012, di disavanzo strutturale (disavanzo pari o superiore al 5 per cento del finanziamento ordinario e delle maggiori entrate proprie sanitarie), determina la conseguenza politica della rimozione del presidente della giunta regionale per fallimento nel proprio mandato di amministrazione della Regione, da disporsi, in base all'articolo 126 primo comma della Costituzione, per grave violazione di legge, con decreto motivato del presidente della repubblica,

Su quest'ultimo punto, tuttavia, la Conferenza delle Regioni ha espresso dubbi di costituzionalità, poiché, secondo gli enti territoriali, la dichiarazione di dissesto finanziario si attiverebbe in relazione a semplici circostanze di carattere oggettivo, e non in conseguenza di puntuali comportamenti omissivi da parte del Presidente della Giunta.

La Corte dei conti, in proposito, nell'audizione del 15 giugno 2011 dinanzi alla Commissione parlamentare per il federalismo fiscale¹⁷⁶, ha piuttosto rilevato la mancanza, nel testo legislativo, di un'esplicita previsione di un contraddittorio per l'accertamento della grave violazione di legge, che potrebbe essere rilevata solo per comportamenti gravemente colpevoli.

3 I conti della sanità regionale

3.1 La spesa per il SSN nel 2010 nei documenti governativi

I dati sulla spesa per il Servizio Sanitario Nazionale sono già stati trattati dalla Corte dei conti nel Rapporto di coordinamento della finanza pubblica¹⁷⁷ e nella relazione che accompagna il giudizio di parificazione del bilancio dello Stato, a cura delle Sezioni Riunite.¹⁷⁸ Per completezza di esposizione appare utile ed opportuno richiamarli anche in questa sede.

¹⁷⁶ Il testo integrale della relazione consegnata alla Commissione è reperibile sul sito *web* istituzionale della Corte dei conti (http://www.corteconti.it/opencms/opencms/handle404?exporturi=/export/sites/portalecdc/_documenti/chi_siamo/presidente_giampaolino/15_6_2011_audizione_presidente_giampaolino.pdf&%5d).

¹⁷⁷ Rapporto 2011 sul coordinamento della finanza pubblica - Delibera SS.RR. n. 28/2011/CONTR. Disponibile sul sito *web* istituzionale della Corte dei conti: http://www.corteconti.it/export/sites/portalecdc/_documenti/controllo/sezioni_riunite/sezioni_riunite_in_sede_di_controllo/2011/delibera_28_2011_contr.pdf.

¹⁷⁸ Relazione sul rendiconto generale dello stato per l'esercizio finanziario 2010 allegata alla dec. SS.RR. N. 39/CONTR/11. Disponibile sul sito *web* istituzionale della Corte dei conti: http://www.corteconti.it/controllo/finanza_pubblica/bilanci_manovra_leggi/rendiconto_generale_2010/.

Nel 2010, in base ai dati di preconsuntivo disponibili al IV trimestre, la spesa in questione è stata pari a 113.457 milioni di euro,¹⁷⁹ con un incremento sull'esercizio precedente del 2,7 per cento, mentre l'incidenza sul PIL, nel biennio 2009/2010, si è mantenuta sostanzialmente stabile (7,27 e 7,33 per cento del PIL), per effetto dell'aumento, pur se modesto, del PIL nominale nel corso del 2010 (+ 1,3 per cento).

La spesa sanitaria *pro capite*, invece, che in valore assoluto nell'anno scorso è stata pari a 1.880 euro (1.839 euro nel 2009), incrementa (rispetto al 2009) ad un tasso inferiore, pari al 2,2 per cento. In termini reali, al netto dell'inflazione nel 2010 (+1,5 per cento), l'incremento è stato di 0,7 punti percentuali.

Tab. 1/SA

Spesa corrente per il Servizio sanitario nazionale anni 2007/2010

Anni (Milioni di euro)				Variazioni percentuali			Incremento medio annuo 2007/10
2007	2008	2009	2010	08/07	09/08	10/09	
101.744	108.468	110.435	113.457	6,6	1,8	2,7	2,9

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Relazione unificata economia e finanza (maggio 2010) e Documento di Economia e Finanza 2011.

Tab 2/SA

Spesa sanitaria pro capite

2009	2010	Variazione %
1.839	1.880	2,2

Popolazione residente al 1° gennaio 2009: 60.045.068 (Fonte: ISTAT, dato aggiornato al 24 maggio 2011).

Popolazione residente al 1° gennaio 2010: 60.340.328 (Fonte: ISTAT, dato aggiornato al 24 maggio 2011).

Il risultato positivo, allineato agli obiettivi programmatici, e migliore di circa 1.500 milioni di euro rispetto alle stime contenute nella Decisione di finanza pubblica dell'ottobre 2010 (114.962 milioni), è stato ottenuto a seguito di più efficaci politiche di controllo della spesa, che, introdotte dalla legge finanziaria 2010 e dal d.l. 78/10, hanno operato sia sulla componente pubblica del SSN ("produttori *non market*"), mediante il contenimento della crescita dei consumi intermedi e dei redditi da lavoro dipendente, sia sulla componente privata ("produttori *market*"), introducendo norme più stringenti sulla spesa farmaceutica in convenzione e sull'accreditamento dagli operatori privati autorizzati ad erogare, per conto del SSN, prestazioni relative alla medicina specialistica, l'assistenza ospedaliera e le terapie riabilitative.

¹⁷⁹ Fonte: DEF, aprile 2011 (dato di preconsuntivo al IV trimestre 2010).

Tab 3/SA

Spesa sanitaria: variazioni % 2009/2008 e 2010/2009

	2009/2008	2010/2009
Beni e servizi da produttori non market di cui:	0,8	3,8
Redditi da lavoro dipendente	-2,4	4
Consumi intermedi	+5,4	3,7
Beni e servizi da produttori market	3,7	1,1
Farmaci	-1,9	-0,6
Medicina di base	+14,8	1,7
Altre prestazioni (ospedaliera, specialistica, riabilitative, integrative, altra assistenza)	+3,5	1,7
Altre componenti di spesa	+3,5	1,3

Fonte: Documento di Economia e Finanza 2011.

In particolare, nel 2010 le spese di personale sono aumentate del 4 per cento, a causa del pagamento di arretrati per rinnovi contrattuali del personale non dirigente, relativi al biennio 2008/09 e dell'indennità di vacanza contrattuale per l'anno 2010. Al netto della componente retributiva relativa al biennio precedente, i redditi da lavoro dipendente crescono del 2,9 per cento, in linea con gli andamenti attesi. A contenere la dinamica retributiva entro il quadro previsionale, ha contribuito anche la disciplina contabile introdotta da recenti accordi Stato Regioni, che dispone che gli enti territoriali prevedano nei propri bilanci la copertura integrale degli oneri derivanti dai rinnovi contrattuali del personale del SSN.¹⁸⁰

La crescita dei consumi intermedi nel 2010 (3,7 per cento), inferiore rispetto all'analogo dato per il 2009 (5,4 per cento), è l'effetto, da un lato, della scelta di incrementare la distribuzione diretta dei farmaci per contenere la spesa farmaceutica erogata attraverso le farmacie convenzionate, dall'altro, delle economie di spesa ottenute sia razionalizzando le procedure di acquisto di beni e servizi delle aziende sanitarie (mediante forme di accentramento o ricorrendo a convenzioni stabilite a livello regionale tramite Stazioni uniche appaltanti), sia spostando parte della spesa farmaceutica dal comparto ospedaliero a quello territoriale.

Le spese per beni e servizi da produttori *market* del SSN, che complessivamente crescono del 1,1 per cento, registrano un incremento di spesa dell'1,7 per cento per l'assistenza medico-generica (al lordo di 400 milioni di oneri per arretrati dovuti al rinnovo

¹⁸⁰ L'iscrizione in bilancio di fondi inferiori al costo effettivo dei rinnovi contrattuali determinava la necessità di iscrivere, negli esercizi successivi, notevoli importi come sopravvenienze passive.

delle convenzioni con i medici di base relative al biennio 2008/09), mentre decresce la spesa farmaceutica in convenzione (-0,6 per cento), sulla quale incide positivamente la manovra disposta con d.l. 78/10, che ha previsto misure dirette sia ad incrementare l'appropriatezza delle prescrizioni farmaceutiche, sia a conseguire risparmi di spesa, da ottenere mediante sconti sul prezzo dei farmaci a carico di grossisti e farmacisti, e, per le aziende farmaceutiche, attraverso l'attivazione del meccanismo del "pay back".¹⁸¹ La crescita contenuta della spesa per altre prestazioni (ospedaliera, specialistica, riabilitative, integrative ed altro), pari all'1,7 per cento (nel 2009 era incrementata del 3,5 per cento), è stata conseguita anche grazie ad una regolazione più rigorosa dei meccanismi di accreditamento delle aziende private che operano per conto del SSN.

Sul complessivo contenimento della spesa, con particolare riguardo alla spesa per consumi intermedi e per l'acquisto di prestazioni sanitarie dai produttori *market*, hanno inciso positivamente anche le misure adottate dalle Regioni impegnate nei Piani di rientro: Sicilia, Calabria, Abruzzo, ad esempio, hanno approvato, nel 2010, misure che programmano puntualmente il livello delle prestazioni erogabili da parte degli operatori privati accreditati al SSN (programmazione spesso attuata in ritardo rispetto al periodo di riferimento, rendendo così inefficace il controllo della spesa), mentre, per le procedure di acquisto di beni e servizi delle aziende sanitarie pubbliche, le medesime Regioni hanno approvato puntuali *budget* di spesa per le aziende sanitarie (introducendo anche, come la Calabria, misure sanzionatorie a carico dei dirigenti che li violano), e incrementato i processi di accentramento della spesa, basati su forme di aggregazione a più livelli, sia sovra-aziendale, con la creazione di "Bacini Territoriali" (Sicilia), o di "Aree Vaste" (Abruzzo), sia regionale, mediante acquisti o convenzioni attraverso agenzie regionali, come la "Stazione unica appaltante" (Calabria), o l'"Ufficio Unico Acquisti" (Abruzzo).

Per il 2011 è stimata una crescita complessiva della spesa dell'1,2% sul 2010.

3.2 La spesa per il SSN nel contesto europeo

Il Patto per la Salute, quale strumento di *governance* del SSN, che, a partire dal 2007, costituisce il principale documento di programmazione finanziaria di medio periodo e di responsabilizzazione delle Regioni nell'obiettivo di erogare i LEA secondo criteri di efficienza gestionale e qualità dei servizi, si è dimostrato efficace nello stabilizzare la spesa sanitaria – o, quanto meno, nel frenarne il tasso di crescita – in rapporto al PIL.

Così, la spesa sanitaria che, nel periodo 2000/2006 rappresentava l'8 per cento del PIL, con tassi di incremento annui del 7 per cento, nell'ultimo quadriennio si stabilizza intorno

¹⁸¹ Il meccanismo del *Pay Back*, introdotto con la finanziaria 2007, prevede che le aziende farmaceutiche possano chiedere all'AIFA la sospensione della riduzione dei prezzi del 5 per cento, a fronte del versamento alle Regioni, in contanti, del relativo valore.

al 7 per cento (con un tasso d'incremento medio annuo del 2,9 per cento), ad eccezione del 2009, in cui la crescita dell'incidenza sul PIL è dovuta non all'aumento della spesa, ma alla recessione dell'economia.

Si tratta di valori sostanzialmente allineati alla spesa sanitaria di altri paesi europei: secondo i dati OCSE 2010, la spesa sanitaria pubblica in Italia, nel 2008, è stata pari al 7,0 per cento del PIL, leggermente superiore alla media OCSE (6,5), ma inferiore rispetto a Francia (8,7), Germania (8,1), e Regno Unito (7,2). Anche in termini di spesa *pro capite*, l'Italia registra una spesa, pari a 2.200¹⁸² dollari, superiore a quella della Spagna, ma inferiore a quella sostenuta da Francia e Germania (2.900 dollari), e Regno Unito (2.600 dollari).

Anche i dati sulla dinamica della spesa sanitaria *pro capite* sono omogenei, se non inferiori, ai valori internazionali: in Italia, nel periodo 1997/2007, la spesa sanitaria pubblica *pro capite* è cresciuta, in termini reali, del 3,3 per cento in media all'anno, mentre nei paesi OCSE la media è stata pari al 4,3 per cento.

Confrontando i dati sulla rete ospedaliera, i cui servizi costituiscono uno dei tre livelli assistenziali (gli altri sono l'assistenza distrettuale e quella in ambiente di lavoro) che, in base alla programmazione nazionale, non deve assorbire più del 44 per cento delle risorse finanziarie complessivamente destinate al funzionamento del SSN, la rete ospedaliera pubblica italiana si colloca agli ultimi posti della classifica, con 3,8 posti letto per mille abitanti, seguita dal Regno Unito (3,4) e dalla Spagna (3,3), e preceduta da Germania (8,2), Francia (6,9) Austria (7,7), Belgio (6,7). Peraltro, negli ultimi anni, in tutte le Regioni, ad eccezione del Molise, l'offerta di posti letto è allineata al valore medio nazionale.

Specificità, piuttosto, della nostra rete ospedaliera, è la maggiore presenza, rispetto agli altri paesi, di ospedali di piccole dimensioni, che contribuiscono alla crescita dei costi unitari di gestione.

Dal confronto internazionale emerge, quindi, più che un problema di volume complessivo di spesa, allineato, se non inferiore, a quello di paesi simili al nostro per standard di vita e composizione demografica, la necessità di conseguire recuperi di efficienza e di qualità dei servizi prodotti, specialmente in determinate aree del Paese.

Così ad esempio, gli indicatori di inappropriatazza delle cure e di complessità dei ricoveri mostrano risultati generalmente migliori nelle Regioni del Centro-Nord, dato confermato dalla percezione, diffusa tra i residenti nelle Regioni meridionali, di scarsa qualità dei servizi offerti dai rispettivi sistemi sanitari, e che alimenta il fenomeno della mobilità dei pazienti verso le strutture sanitarie delle Regioni Centro - settentrionali.

¹⁸² Fonte: OECD Health Data 2010. Dato riferito alla spesa corrente *pro capite*, espressa in dollari a parità di potere di acquisto.

4 Il finanziamento del SSN nel triennio 2010/12 e la manovra correttiva di finanza pubblica (L. 122/10)

Il finanziamento del SSN per il triennio 2010/12 è il risultato delle disposizioni contenute nel Patto per la salute 2010/12 e delle successive manovre finanziarie intervenute per correggere gli andamenti tendenziali di finanza pubblica, con particolare riguardo agli indicatori del debito pubblico e dell'indebitamento netto.

Il Patto per la salute, siglato il 3 dicembre 2009, nel definire il finanziamento corrente al SSN cui concorre lo Stato per il triennio 2010/12, riconosceva, rispetto al livello di finanziamento previgente, importi aggiuntivi nel biennio 2010/2011 pari, rispettivamente, a 1.600 e 1.719 milioni di euro, mentre per il 2012 prevedeva un incremento di risorse pari al 2,8 per cento rispetto all'anno precedente.

Il finanziamento complessivo per il SSN cui concorre lo Stato nel biennio 2011/12 veniva così rideterminato, rispettivamente, in 106.164 e 108.603 milioni di euro, comprensivi del finanziamento annuale di 50 milioni di euro da erogarsi all'ospedale Bambin Gesù e della riattribuzione (al riparto regionale) dell'importo di 800 milioni di euro che la Legge 102/09 destinava al finanziamento di un fondo di dotazione per interventi nel campo sanitario.

La necessità di realizzare gli obiettivi di finanza pubblica illustrati nell'aggiornamento al DPEF 2009/11 e concordati in sede europea con il Patto di stabilità e crescita, al fine di ricondurre il livello di indebitamento netto entro la soglia del 3 per cento entro il 2012, ha determinato l'approvazione del d.l. 78/10, convertito in L. 122/10, che, lasciato invariato il livello d'indebitamento tendenziale per il 2010 (5 per cento del PIL), approva misure di contenimento della spesa e di aumento delle entrate tali da portare l'indicatore, nel biennio 2011/12, rispettivamente al 3,9 e al 2,7 per cento del PIL, operando una correzione pari allo 0,75 e all'1,5 per cento del PIL.

La manovra a carico degli enti territoriali, per il biennio 2010/11, è di complessivi 6.330 e 8.500 milioni di euro, di cui oltre la metà (rispettivamente, 4.000 e 4.500 milioni di euro) grava sulle Regioni a statuto ordinario. Il miglioramento dei saldi non avviene mediante modifica della disciplina del Patto di stabilità interno, ma direttamente attraverso la riduzione dei trasferimenti erariali spettanti alle Regioni.

La manovra a carico del comparto regionale è realizzata prevalentemente mediante riduzioni di spesa a carico dei servizi sanitari regionali che, come è noto, assorbono oltre il 70 per cento delle risorse allocate nei bilanci delle Regioni, ed è articolata su una pluralità di interventi correttivi agenti sia sulle spese di personale (dipendente e convenzionato) sia sulla spesa farmaceutica.

La manovra correttiva, non intervenendo sull'indebitamento netto tendenziale nel 2010, lascia invariato il finanziamento aggiuntivo disposto dal Patto per tale anno (1.600 milioni di euro, di cui finanzia la quota residua non coperta dalla finanziaria 2010, parte con economie sulla spesa farmaceutica, che rimangono nelle disponibilità delle Regioni, parte con nuovi stanziamenti di bilancio), disponendo, per il biennio successivo, riduzioni di finanziamento proporzionali alle economie e ai risparmi di spesa attesi dalle misure di contenimento adottate dalla L.122/10.

4.1 La riduzione delle spese di personale e la razionalizzazione della spesa farmaceutica

La L. 122/2010 dispone il blocco dei rinnovi contrattuali, per il periodo 2011/13, del personale dipendente delle amministrazioni pubbliche, con un'economia di spesa per il comparto sanitario, nel biennio 2011/12, pari, rispettivamente, a 418 e 1.132 milioni di euro.

La razionalizzazione della spesa farmaceutica, invece, viene perseguita sia mediante lo spostamento di una quota della spesa farmaceutica dal comparto ospedaliero a quello territoriale, recuperando la quota eccedente il tetto del 13,3 per cento del Fondo Sanitario Nazionale sulla spesa farmaceutica territoriale attraverso il meccanismo del *pay back* (a carico delle aziende farmaceutiche), sia mediante una sistematica attività di monitoraggio del livello di appropriatezza delle prescrizioni terapeutiche.

A tal fine, l'AIFA predispone tabelle di raffronto della spesa farmaceutica territoriale nelle singole Regioni, evidenziando le migliori pratiche prescrittive che, a parità di efficacia terapeutica, consentano di conseguire risparmi di spesa, che la relazione illustrativa del Governo al decreto legge valutava in almeno 600 milioni di euro annui. D'altronde, per un efficace monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche, come delle altre prestazioni mediche, specialistiche e ospedaliere, è indispensabile accelerare l'informatizzazione del sistema sanitario (si vedano, ad esempio, gli investimenti in infrastrutture informatiche pianificati nel 2010 da varie Regioni, come la Sicilia e la Calabria, che costituiscono preconditione essenziale per il successo dei rispettivi Piani di rientro) e sviluppare il progetto tessera sanitaria, che la L. 122/10 finanzia per trasformarla in Carta nazionale dei servizi.

Completano il quadro delle misure di contenimento dei costi, le disposizioni che impongono alle aziende sanitarie ed ospedaliere l'obbligo di motivare (con relazione agli organi di controllo e di revisione) gli acquisti di beni e servizi al di fuori delle convenzioni quadro Consip e per importi superiori ai prezzi di riferimento delle convenzioni medesime.¹⁸³

¹⁸³ In base alla L. 296/06, gli enti del SSN sono tenuti ad approvvigionarsi di beni e servizi utilizzando le convenzioni stipulate dalle centrali regionali di acquisto, che solo alcune Regioni, fino ad ora, hanno istituito: tra queste, ricordiamo la Toscana, l'Emilia Romagna, la Lombardia, il Piemonte. A partire dal 2010, diverse Regioni con Piani di rientro (ad esempio, Molise, Sicilia e Calabria) hanno disposto provvedimenti per centralizzare i processi di acquisto di beni e servizi per i rispettivi SSR.

Le misure di razionalizzazione della spesa farmaceutica e il blocco dei rinnovi contrattuali del personale dipendente e convenzionato del SSN per il triennio 2011/13, costituiscono il contributo del comparto sanitario alla manovra di finanza pubblica, e determinano una riduzione complessiva del finanziamento ordinario di parte corrente del SSN cui concorre lo Stato proporzionale alle economie e ai risparmi di spesa programmati, quantificati, nel biennio 2011/12, rispettivamente in 1.018 e 1.732 milioni di euro.

4.2 La legge di stabilità per il 2011 e il finanziamento del fabbisogno sanitario

Considerato il maggior incremento del finanziamento del SSN previsto dal Patto per l'anno 2011, pari a 1.719 milioni di euro, e detratte le risorse già stanziare con la legge finanziaria 2010 (419 milioni di euro) e le economie di spesa per il mancato rinnovo dei contratti del personale del SSN (466 milioni di euro), rimanevano da finanziare 834 milioni di euro per la copertura della sospensione dei ticket sulle prestazioni specialistiche che, negli anni precedenti, era stata assicurata con risorse a carico dello Stato.

La legge di stabilità per il 2011 (L. n. 220/10), incrementa solo di 347, 5 milioni di euro il livello di finanziamento cui concorre lo Stato, per una quota parte, rispetto all'importo complessivo di 834 milioni di euro previsto dal Patto, corrispondente ai primi cinque mesi dell'anno, mentre alla copertura dell'importo residuo (486,5 mln. di euro), necessario a garantire la sospensione del ticket fino alla fine dell'anno in corso, si è provveduto solo parzialmente, per 105 milioni di euro, nell'ambito della nuova manovra correttiva degli andamenti di finanza pubblica (D.L. 98/2011, convertito, con modificazioni, in L. 111/2011), che ne ha disposto, a partire dall'entrata in vigore della legge, la reintroduzione. Il D.L. in discorso, tra le altre misure di contenimento della spesa pubblica, prevede tassi di incremento del finanziamento del Servizio sanitario nazionale, per il biennio 2013/14, pari allo 0,5 per cento (rispetto al 2012) e all'1,4 per cento (rispetto al 2013).

Tali incrementi, essendo inferiori rispetto a quelli derivanti dagli andamenti tendenziali, determinano, nel biennio 2013/14, economie di spesa pari, rispettivamente, a 2.500 e 5.450 milioni di euro¹⁸⁴.

In estrema sintesi, per quanto riguarda il settore sanitario, il d.l. 98/2011, conv. in L. 111/2011, demanda ad un'intesa Stato-Regioni e Province autonome (da stipulare entro il 30 aprile 2012) la definizione delle misure che adeguano la spesa ai nuovi livelli di finanziamento, in mancanza della quale individua puntuali misure di riduzione della spesa, che prevedono, a partire dal 1° luglio 2012, che i prezzi di acquisto di beni e servizi da parte

¹⁸⁴ Fonte: Relazione tecnica del Governo allegata al disegno di legge di conversione del D.L. 98/2011.

degli enti sanitari¹⁸⁵ siano allineati ai prezzi di riferimento indicati dall'Osservatorio dei contratti pubblici, e, a partire dal 2013, tetti alla spesa sia per l'acquisto di dispositivi medici (nella misura massima del 5,2 per cento del fabbisogno sanitario nazionale standard e di quello regionale), sia per la farmaceutica ospedaliera (per la quale si mette a carico delle aziende farmaceutiche una quota, non superiore al 35%, dell'eventuale superamento del tetto), disponendo, infine, la reintroduzione dei ticket per l'assistenza specialistica^{186 187}.

Per il 2012, infine, le Regioni potranno utilizzare una quota delle risorse FAS, pari a 1.500 milioni di euro, per interventi di edilizia sanitaria pubblica.

4.3 Agevolazioni disposte dalla legge di stabilità 2011 per le Regioni impegnate nei Piani di rientro

Altre disposizioni per il SSN contenute nella legge di stabilità per il 2011 riguardano le Regioni impegnate in Piani di rientro, per le quali si dispone la proroga, fino al 31 dicembre 2011¹⁸⁸, della disposizione contenuta nell'art. 2, comma 11, del d.l. 78/10, che vietava di intraprendere azioni esecutive nei confronti delle aziende sanitarie ed ospedaliere, mentre le Regioni che non hanno raggiunto gli obiettivi programmati di risanamento e riequilibrio economico contenuti nello specifico piano di rientro dai disavanzi sanitari, possono provvedere alla copertura del disavanzo sanitario con risorse di bilancio regionale, purché le misure di copertura siano adottate entro il 31 dicembre 2010.

¹⁸⁵ La norma dispone che, a decorrere dal 1° luglio 2012, L'Osservatorio dei contratti pubblici indichi alle Regioni i prezzi di riferimento alle condizioni di maggior efficienza di beni e servizi (sanitari e non sanitari) che hanno maggior impatto sulla spesa del SSN.

¹⁸⁶ L'art. 17, comma 4, per quanto riguarda la compartecipazione dei privati alla spesa (ticket) prevede l'applicazione delle disposizioni di cui all'art. 1, comma 796, lett. p) della legge 296/2006 (pagamento di 10 euro sulla ricetta per prestazione di assistenza specialistica ambulatoriale, e 25 euro per prestazioni di pronto soccorso qualificate con codice bianco).

Tra le altre disposizioni della manovra si rammentano le disposizioni dell'art. 17, comma 4, lett. a), b), c), che affrontano la questione molto delicata - che scaturisce da decisioni del TAR ABRUZZO che hanno annullato provvedimenti commissariali ritenuti illegittimi in quanto non in sintonia con la legislazione regionale - dell'esercizio del potere commissariale in relazione alla legislazione regionale. La lett. F dello stesso comma prevede una deroga al blocco automatico del *turn over* del personale del servizio sanitario regionale per le Regioni sottoposte a piano di rientro su richiesta della Regione interessata, per l'autorizzazione al conferimento di incarichi di dirigenti medici responsabili di struttura complessa, previo accertamento, in sede congiunta, della necessità di procedere al predetto conferimento di incarichi al fine di assicurare il mantenimento dei livelli essenziali di assistenza, nonché della compatibilità del medesimo conferimento con la ristrutturazione della rete ospedaliera e con gli equilibri di bilancio sanitario, come programmati nel piano di rientro, ovvero nel programma operativo, da parte del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza e del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali, di cui rispettivamente agli articoli 9 e 12 dell'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, sentita l'AGENAS.

¹⁸⁷ La Corte dei conti, in sede di audizione sul d.l. 98/2011, davanti alle Commissioni Bilancio riunite di Camera e Senato, ha rappresentato, tra l'altro, che "Le scelte adottate in materia sanitaria si muovono in linea con l'impostazione finora seguita per il riassorbimento dei disavanzi e il contenimento della dinamica della spesa: intervenire sulle differenze non giustificabili nei costi e sull'utilizzo inappropriato delle strutture pubbliche. Ciò per consentire sia il riequilibrio finanziario sia il miglioramento della qualità dei servizi garantiti sul territorio nazionale. Recenti analisi hanno posto in rilievo la presenza di forti differenze nei costi delle prestazioni fornite dalle aziende sanitarie non solo tra le diverse aree territoriali ma, anche, all'interno della stessa area. Differenze da riassorbire con l'ausilio di una migliore informazione e trasparenza dei costi e con la definizione di obiettivi quantitativi (è il caso dei dispositivi medici) che rappresentano una seppur ancora approssimativa espressione di livelli più appropriati".

¹⁸⁸ Termine prorogato fino al 31 dicembre 2012 dal d.l. 98/2011.

Prevista, infine, una deroga del 10 per cento del blocco automatico del *turn over* del personale sanitario, qualora, entro il 31 ottobre 2010, le Regioni abbiano superato positivamente la verifica parziale degli adempimenti programmati dai rispettivi Piani di rientro.

4.4 Il riparto tra le Regioni del finanziamento per il SSN per l'anno 2011

4.4.a Il finanziamento 2011

Il 20 aprile 2011 è stata sancita l'intesa sulla determinazione del fabbisogno per il SSN da ripartire tra le Regioni per l'anno 2011, pari a complessivi 105.818 milioni di euro,¹⁸⁹ di cui 1.437 milioni di euro destinati a specifici progetti da realizzare in attuazione degli obiettivi programmati dal Piano sanitario nazionale. Le ulteriori risorse previste dal patto per la salute 2010/12 a copertura, per il 2011, della sospensione del ticket per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale (complessivamente 800 milioni, di cui 375 già stanziati con la legge di stabilità 2011), pari a 486,5 milioni di euro, pur essendo stato espresso accordo sul rispettivo riparto, sono state finanziate solo parzialmente, per un importo pari a 105 milioni di euro, nell'ambito della recente manovra correttiva dei conti pubblici approvata dal Parlamento con la conversione del d.l. n. 98/11 in L. n. 111/2011, che a tal proposito dispone, con decorrenza immediata, la reintroduzione del ticket per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per gli interventi di pronto soccorso in codice bianco.

Al lordo di tale importo, quindi, il livello di finanziamento del Servizio sanitario nazionale cui concorre ordinariamente lo Stato, per il 2011, è pari a 105.923 milioni di euro.

Il finanziamento complessivo cresce, rispetto al 2010, dello 0,7 per cento, in misura inferiore sia al tasso d'inflazione programmato per l'anno in corso (1,5%), sia alla variazione registrata nel biennio 2009/10 (1,4%), a fronte di un incremento medio annuo, nel triennio 2009/2011, pari all'1,5 per cento.

4.4.b I criteri del riparto

Il fabbisogno complessivo da ripartire tra le Regioni – le quali sono tenute ad impiegare il rispettivo finanziamento secondo quote predefinite per ciascun livello assistenziale (pari al 5 per cento per la prevenzione, 51 per cento per l'assistenza distrettuale e 44 per cento per l'assistenza ospedaliera) che, come espressamente richiamato dal Patto per la salute e dal d.lgs. 68/2011, costituiscono indicatori di rispetto della programmazione nazionale – avviene ponderando l'intera quota destinata all'assistenza specialistica e solo il 50 per cento del finanziamento destinato all'assistenza ospedaliera, in

¹⁸⁹ Riparto ancora non deliberato dal CIPE, poiché non sono ancora state definite le quote spettanti a ciascuna Regione per la mobilità sanitaria interregionale.

base all'età.¹⁹⁰

La Conferenza delle Regioni,¹⁹¹ in vista dell'applicazione, a partire dal 2013, del criterio di riparto del fabbisogno sanitario in base a valori standard (identificati come quelli delle Regioni con servizi sanitari in equilibrio economico ed eroganti i LEA in condizione di qualità e appropriatezza), e al fine di garantire una redistribuzione più equa del finanziamento che perequi i diversi bisogni sanitari presenti sul territorio nel rispetto del criterio di uso efficiente delle risorse, ha promosso un gruppo di studio per individuare altri criteri di ponderazione dei consumi sanitari che tengano conto, come l'indicatore di deprivazione sociale, anche di fattori socio-economici (ad esempio, reddito, titolo di studio, fattori demografici o ambientali), che concorrerebbero, con l'età, a determinare i concreti fabbisogni assistenziali.

Secondo un altro orientamento, in attesa di avere dati scientifici certi sulla fondatezza dell'indicatore di deprivazione sociale nell'identificare i fattori determinanti i diversi bisogni sanitari presenti sul territorio, si potrebbe ponderare il finanziamento in base alla prevalenza delle patologie, eventualmente corretta per l'età della popolazione.

¹⁹⁰ Per l'assistenza ospedaliera, ad esempio, i pesi raggiungono il valore *pro capite* più alto nella classe di età 0-1 anno (3,122) e, a seguire, nella classe oltre 75 anni (2,906), e da 65 a 74 anni (2,079).

¹⁹¹ Documento della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome ("Accordo politico"), 20 aprile 2011.

TAB 4 /SA

Riparto disponibilità finanziarie per il servizio sanitario nazionale anni 2008/2011

(importi in milioni di euro)

Regioni	Fabbisogno indistinto 2008	Fabbisogno indistinto 2009	Var. % 2009/ 08	Fabbisogno indistinto 2010	Var. % 2010/09	Fabbisogno indistinto 2011	Ulteriori risorse da assegnare*	Tot.fabb. indist. 2011+ulteriori risorse	Var. % 2011 /10	Var. % media 2009/11
Piemonte	7.481,3	7.731,1	3,34	7.758,9	0,36	7.816,8	36,6	7.853,4	1,22	1,64
V. D'Aosta	211,7	218,3	3,09	219,0	0,33	221,5	1,0	222,5	1,62	1,68
Lombardia	15.709,9	16.230,2	3,31	16.660,5	2,65	16.884,2	79,3	16.963,5	1,82	2,59
Bolzano	812,3	839,8	3,39	832,2	-0,91	844,2	4,0	848,2	1,93	1,47
Trento	835,2	864,0	3,44	883,4	2,25	895,6	4,2	899,8	1,86	2,51
Veneto	7.837,9	8.113,9	3,52	8.325,7	2,61	8.429,0	39,5	8.468,5	1,72	2,62
Friuli	2.102,3	2.164,6	2,96	2.161,7	-0,14	2.180,2	10,2	2.190,4	1,33	1,38
Liguria	2.995,0	3.056,6	2,06	3.023,3	-1,09	2.930,5	13,7	2.944,3	-2,61	-0,55
E. Romagna	7.277,8	7.527,5	3,43	7.592,9	0,87	7.706,0	36,2	7.742,2	1,97	2,09
Toscana	6.304,2	6.509,9	3,26	6.536,1	0,40	6.581,5	30,9	6.612,4	1,17	1,61
Umbria	1.511,9	1.565,5	3,54	1.572,3	0,44	1.585,9	7,4	1.593,3	1,33	1,77
Marche	2.624,8	2.711,1	3,29	2.741,3	1,11	2.729,6	12,8	2.742,4	0,04	1,48
Lazio	8.913,4	9.319,5	4,56	9.584,9	2,85	9.736,1	45,7	9.781,8	2,05	3,15
Abruzzo	2.183,7	2.254,3	3,24	2.306,5	2,31	2.322,2	10,9	2.333,1	1,15	2,23
Molise	544,1	559,7	2,88	557,2	-0,45	558,3	2,6	560,9	0,67	1,03
Campania	9.284,8	9.499,5	2,31	9.580,0	0,85	9.620,8	45,1	9.666,0	0,90	1,35
Puglia	6.618,8	6.787,0	2,54	6.840,7	0,79	6.888,0	32,1	6.920,1	1,16	1,50
Basilicata	1.001,0	1.026,7	2,57	1.022,1	-0,45	1.010,1	4,9	1.014,9	-0,70	0,47
Calabria	3.327,1	3.419,4	2,77	3.403,9	-0,45	3.403,5	16,0	3.419,5	0,46	0,93
Sicilia	8.093,7	8.272,9	2,21	8.455,6	2,21	8.509,0	39,9	8.548,8	1,10	1,84
Sardegna	2.737,9	2.810,3	2,64	2.837,5	0,97	2.858,9	13,4	2.872,3	1,23	1,61
Totale	98.408,8	101.481,7	3,12	102.895,5	1,39	103.711,8	486,5	104.198,3	1,27	1,93
	Fondi a destinazione vincolata 2008	Fondi a destinazione vincolata 2009		Fondi a destinazione vincolata 2010				Fondi a destinazione vincolata 2011		
Contr. IZS	15,0	13,0	-13,3	13,0	0,00					
Med. Penit.	6,8	0,0	-100	0,0						
Izs	221,0	228,5	3,39	231,5	1,31					
Cri	134,0	138,5	3,36	140,5	1,44					
Altre Vincolate	1.791,4	1.832,5	2,29	1.867,0	1,88			669		
Fondi a destinazione vincolata 2011 (Piano sanitario nazionale)								1.437,4		
Totale Fabbisogno (in % di PIL)**	100.577,0 6,40	103.694,2 6,82	3,10	105.147,5 6,79	1,4		***-381,5	105.923,0	0,70	1,50
Ulteriori quote finalizzate****	0,0	162,8		167,8						

Fonte: Ministero della Salute - Elaborazione: Sezione delle Autonomie della Corte dei conti - * Ulteriori quote da assegnare in base al Patto per la salute 2010/12 (486,5 mln. di euro), che la L. 111/2011 ha finanziato solo per 105 milioni di euro. **PIL 2008: 1.572.243 milioni (RUEF aprile 2009); PIL 2009: 1.520.870 milioni (RUEF maggio 2010); PIL 2010: 1.548.816 milioni (Documento finanza pubblica aprile 2011). ***Quota parte dei 486,5 mln di euro non finanziata dalla L. 111/2011. ****QUOTE per la medicina penitenziaria.

5 I risultati delle gestioni sanitarie

I risultati delle gestioni sanitarie appresso esaminati fanno riferimento ai dati di IV trimestre 2010 rilevati con il modello CE nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS). Nel par. 5.2 si riepilogano, invece, i risultati rettificati a seguito dei monitoraggi dell'apposito Tavolo tecnico, mentre nel par. 5.3 si riportano più dettagliatamente gli esiti delle verifiche sulle Regioni sottoposte a piano di rientro.

Si segnala che gli importi (e, conseguentemente, l'incidenza sul PIL) non corrispondono esattamente a quelli riportati nella tab. 1 SA, per i diversi criteri di contabilizzazione utilizzati.

Restano valide le note metodologiche e le osservazioni sui profili critici relativi all'attendibilità dei conti formulate nel precedente referto, approvato con del. Sez. Aut. 17/2010, che si riportano in nota.¹⁹²

¹⁹² "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 ospedaliere-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 2010, 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. 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 Corte, 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."

Inoltre, tra gli aspetti che meritano di essere evidenziati circa la valutazione dei conti, si segnala la mancata considerazione delle componenti non monetarie (in particolare gli ammortamenti non sterilizzati), che, in effetti, inciderebbero notevolmente in senso negativo (vd. *infra*, TAB 8/SA), e la mancata inclusione nei consolidati di enti ed organismi (quali agenzie sanitarie, consorzi e società di capitale a partecipazione pubblica) che comunque sono riferibili al servizio sanitario regionale.

Altro profilo già emerso in occasione dei precedenti referti, è quello di fenomeni non immediatamente percepibili dal conto economico, quali la formazione di notevoli masse di debiti a breve, in particolare verso fornitori, che testimoniano l'effettiva difficoltà finanziaria in cui versano molti enti.

Per quanto riguarda le criticità rilevate nell'intensa attività di verifica delle Sezioni regionali di controllo, si riporta in appendice l'allegato n. 2 alla relazione sopra citata presentata in occasione dell'audizione davanti alla Commissione parlamentare per l'attuazione del federalismo.

5.1 I disavanzi degli anni 2007-2010

La seguente tabella ricostruisce, per gli anni 2007-2010, i valori relativi a spesa e finanziamento del SSN, con analisi per enti, funzioni di spesa e fonti di finanziamento [TAB 5/SA], dove i dati sono riferiti al comparto regionale nel suo complesso, mentre la successiva [TAB 6/SA] scompone le situazioni di costi, ricavi e risultati di esercizio per ciascuna Regione e con riferimento, oltre che all'ultimo esercizio, 2010, anche al precedente triennio.

Si evidenzia che le due tabelle che seguono riportano i dati rilevati alla data del 25 marzo 2011 dal Sistema Informativo Sanitario (CE IV trimestre 2010), e non tengono conto delle successive rettifiche in sede di monitoraggio e verifica da parte degli appositi Tavoli tecnici.

TAB 5/SA

SPESA E FINANZIAMENTO DEL SSN
Analisi per enti, funzioni di spesa e fonti di finanziamento
Anni 2007 - 2010

(miliardi di euro)

	2007				2008				2009				2010			
	composiz. %	+ / - anno preced. %	Procapite euro		composiz. %	+ / - anno preced. %	Procapite euro		composiz. %	+ / - anno preced. %	Procapite euro		composiz. %	+ / - anno preced. %	Procapite euro	
SPESA (1)	103,80	100,0	4,2	1.748	107,14	100,0	3,2	1.791	110,22	100,0	2,9	1.831	111,17	100,0	0,9	1.842
PIL e Spesa SSN / PIL	1.546,18	6,7	4,5	26.041	1.572,24	6,8	1,7	26.278	1.530,91	7,2	-2,6	25.433	1.564,80	7,1	2,2	25.933
- REGIONI e PP.AA.	103,29	100,0	4,2	1.740	106,59	100,0	3,2	1.782	109,61	100,0	2,8	1.821	110,61	100,0	0,9	1.833
Personale	33,83	32,8	1,2	570	35,26	33,1	4,2	589	36,18	33,0	2,6	601	36,62	33,1	1,2	607
Beni e altri Servizi	30,45	29,5	13,2	513	31,36	29,4	3,0	524	32,85	30,0	4,7	546	32,91	29,8	0,2	545
Medicina Generale convenzionata	6,01	5,8	1,3	101	6,07	5,7	1,0	101	6,36	5,8	4,8	106	6,54	5,9	2,8	108
Farmaceutica convenzionata	11,54	11,2	-6,8	194	11,23	10,5	-2,7	188	11,00	10,0	-2,0	183	10,94	9,9	-0,6	181
Specialistica convenzionata e accreditata	3,73	3,6	6,2	63	3,91	3,7	4,9	65	4,08	3,7	4,3	68	4,33	3,9	6,1	72
Riabilitativa accreditata	2,24	2,2	-1,8	38	1,97	1,8	-12,1	33	1,98	1,8	0,4	33	1,97	1,8	-0,4	33
Integrativa e Protesica convenzionata e accreditata	1,67	1,6	7,7	28	1,81	1,7	8,5	30	1,87	1,7	3,3	31	1,87	1,7	0,1	31
Altra Assistenza convenzionata e accreditata	4,79	4,6	3,7	81	5,65	5,3	18,1	94	5,99	5,5	5,9	99	6,30	5,7	5,2	104
Ospedaliera accreditata	8,71	8,4	2,6	147	8,88	8,3	2,0	148	8,83	8,1	-0,6	147	8,99	8,1	1,9	149
Saldo gestione straordinaria	0,34				0,29				0,36				0,03			
Saldo intramoenia	-0,20				-0,04				-0,06				-0,07			
Mobilità verso B. Gesù (2)	0,16		-8,7		0,16		1,6		0,16		-1,9		0,16		0,0	
Mobilità verso Smom (2)	0,03		-3,5		0,03		-0,5		0,03		2,5		0,03		0,0	
- ALTRI ENTI DEL SSN (3)	0,52		6,7		0,55		5,5		0,61		11,0		0,56		-7,1	
Finanziati con Quote Vincolate a carico dello Stato																
FINANZIAMENTO (4)	100,10	96,4	5,2	1.686	103,67	96,8	3,6	1.733	106,97	97,0	3,2	1.777	108,84	97,9	1,8	1.804
Finanziamento SSN / PIL		6,5				6,6				7,0				7,0		
- REGIONI e PP.AA.	99,58	100,0	5,2	1.677	103,12	100,0	3,6	1.724	106,36	100,0	3,1	1.767	108,28	100,0	1,8	1.794
Irpef e Addizionale Irpef	38,20	38,4	2,5	643	38,89	37,7	1,8	650	39,23	36,9	0,9	652	36,87	34,1	-6,0	611
Fabbisogno ex D.L.vo 56/00 (Iva e Accise)	44,85	45,0	7,0	755	47,51	46,1	5,9	794	49,21	46,3	3,6	817	53,50	49,4	8,7	887
Ulteriori Trasferimenti da Pubblico e da Privato	9,61	9,6	21,1	162	10,07	9,8	4,8	168	10,89	10,2	8,1	181	10,78	10,0	-1,0	179
Ricavi e Entrate Proprie varie	3,19	3,2	16,3	54	2,82	2,7	-11,6	47	2,98	2,8	5,8	50	2,91	2,7	-2,5	48
FSN e Quote Vincolate a carico dello Stato	3,73	3,7	-21,6	63	3,84	3,7	2,9	64	4,05	3,8	5,5	67	4,22	3,9	4,3	70
- ALTRI ENTI DEL SSN (3)	0,52		6,7		0,55		5,5		0,61		11,0		0,56		-7,1	
Finanziati con Quote Vincolate a carico dello Stato																
DISAVANZO (5)	-3,71	3,6	-17,3	-62	-3,47	3,2	-6,5	-58	-3,25	3,0	-6,3	-54	-2,33	2,1	-28,5	-39
Disavanzo SSN / PIL		0,2				0,2				0,2				0,1		
Disavanzo a carico dello Stato																
Disavanzo a carico dello Stato coperto con Fondi appositi	-1,00	(L 296/06)			-0,85	(L 296/06)			-0,70	(L 296/06)						
	-0,09	(L 296/06)			-0,18	(L 296/06)			-0,19	(L 296/06)						
Disavanzo a carico delle Regioni	-2,62				-2,44				-2,36				-2,33			

Fonte: MINISTERO DELLA SALUTE: NSIS, dati di consuntivo, vari anni. Per il 2010: dati estratti dal NSIS, IV trim al 25/03/2011. Tali dati potranno subire aggiornamenti ed integrazioni in corso d'anno, prima della loro pubblicazione nella RGSEP. 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 (Sovr. Milit. Ord. Malta) sono da imputarsi alle funzioni "Specialistica convenzionata e accreditata" e "Ospedaliera accreditata". (3) C.R.I. (finanziamento corrente), Cassa DD PP (mutui pre-riforma), Univ. (borse di studio per gli specializzandi), Istituti Zooprofilattici Sperimentali (finanziamento corrente). (4) Per Finanziamento del SSN si intende somma ricavi al netto di quelli relativi a gestione straordinaria e a intramoenia. (5) Corrispondente alla somma algebrica avanzi e disavanzi delle singole Regioni e delle Prov. Aut. Trento e Bolzano.

TAB 6/SA

COSTI E RICAVI DEL SSN
Anni 2007 - 2010

(milioni di euro)

Regioni	2007				2008				2009				2010							
	COSTI A	RICAVI B	Saldi Mobilità Sanitaria Interregionale C	Risultato di esercizio A+B+C	pro capite euro	COSTI A	RICAVI B	Saldi Mobilità Sanitaria Interregionale C	Risultato di esercizio A+B+C	pro capite euro	COSTI A	RICAVI B	Saldi Mobilità Sanitaria Interregionale C	Risultato di esercizio A+B+C	pro capite euro	COSTI A	RICAVI B	Saldi Mobilità Sanitaria Interregionale Valori 2009 C	Risultato di esercizio A+B+C	pro capite euro
PIEMONTE	-7.900,27	7.934,36	-3,40	30,69	7	-8.271,23	8.279,74	-3,06	5,45	1	-8.544,67	8.559,65	1,76	16,73	4	-8.658,70	8.665,79	1,76	8,84	4
V. AOSTA	-251,83	254,69	-16,39	-13,53	-108	-264,57	266,14	-14,30	-12,72	-101	-268,28	283,48	-16,18	-0,98	-8	-280,63	289,89	-16,18	-6,92	-133
LOMBARDIA	-16.430,33	15.999,14	441,01	9,81	1	-16.973,83	16.532,23	445,73	4,13	0	-17.433,94	16.998,22	437,60	1,88	0	-17.952,62	17.525,60	437,60	10,58	3
P.A. Bolzano	-1.068,88	1.083,70	7,59	22,40	46	-1.116,05	1.125,73	5,62	15,29	31	-1.106,17	1.139,15	4,19	37,18	74	-1.111,17	1.108,93	4,19	1,95	27
P.A. TRENTO	-976,02	984,53	-16,99	-8,48	-17	-1.013,95	1.018,53	-14,82	-10,24	-20	-1.076,19	1.079,87	-15,77	-12,09	-23	-1.102,10	1.107,06	-15,77	-10,81	-17
VENETO	-8.446,11	8.421,66	99,87	75,42	16	-8.637,73	8.608,27	97,08	67,62	14	-8.872,57	8.747,43	98,00	-27,15	-6	-9.033,29	8.862,63	98,00	-72,67	-21
FRIULI	-2.194,70	2.218,81	15,36	39,48	32	-2.365,23	2.366,45	20,57	21,78	18	-2.453,86	2.446,12	24,41	16,67	14	-2.499,25	2.483,47	24,41	8,63	8
LIGURIA	-3.149,88	3.025,81	-17,75	-141,81	-88	-3.226,43	3.136,45	-20,14	-110,12	-68	-3.314,58	3.235,31	-26,38	-105,64	-65	-3.318,43	3.256,23	-26,38	-88,58	-62
E. Romagna	-7.821,72	7.520,18	327,47	25,93	6	-8.153,70	7.842,69	337,51	26,50	6	-8.474,01	8.141,25	355,19	22,44	5	-8.583,59	8.254,85	355,19	26,45	9
TOSCANA	-6.641,94	6.577,59	106,59	42,24	12	-6.878,03	6.772,40	102,27	-3,36	-1	-7.401,26	7.279,33	115,05	-6,88	-2	-7.241,83	7.141,00	115,05	14,22	4
UMBRIA	-1.525,70	1.517,26	15,33	6,89	8	-1.584,14	1.577,34	15,32	8,52	10	-1.657,84	1.651,23	11,37	4,76	5	-1.647,99	1.647,04	11,37	10,42	15
MARCHE	-2.572,86	2.631,09	-43,21	15,02	10	-2.681,26	2.756,26	-38,19	36,81	24	-2.793,50	2.841,78	-31,72	16,55	11	-2.850,16	2.909,47	-31,72	27,59	10
LAZIO	-11.173,78	9.494,29	44,55	-1.634,95	-296	-11.261,33	9.551,89	44,92	-1.664,51	-298	-11.510,30	10.049,00	65,31	-1.395,99	-247	-11.336,85	10.227,71	65,31	-1.043,83	-244
ABRUZZO	-2.385,40	2.237,67	-3,73	-151,47	-115	-2.394,11	2.300,26	-29,64	-123,50	-93	-2.438,39	2.406,07	-62,22	-94,54	-71	-2.391,56	2.434,67	-62,22	-19,11	-37
MOLISE	-636,10	547,63	21,84	-66,63	-208	-658,46	559,51	28,51	-70,44	-220	-673,72	577,40	32,67	-63,65	-199	-660,18	574,05	32,67	-53,46	-225
CAMPANIA	-9.878,30	9.295,08	-280,47	-863,69	-149	-10.230,96	9.705,46	-289,26	-814,76	-140	-10.272,16	9.786,79	-303,51	-788,88	-136	-10.099,28	9.907,00	-303,51	-495,79	-125
PUGLIA	-6.869,76	6.731,89	-174,98	-312,85	-77	-7.199,81	7.001,41	-159,77	-358,17	-88	-7.254,68	7.121,47	-169,27	-302,47	-74	-7.329,97	7.163,86	-169,27	-335,38	-72
BASILICATA	-988,98	1.010,47	-39,08	-17,59	-30	-1.026,67	1.037,19	-39,67	-29,15	-49	-1.040,93	1.055,54	-35,65	-21,04	-36	-1.058,59	1.058,92	-35,65	-35,33	-37
CALABRIA	-3.456,28	3.509,51	-223,07	-169,84	-85	-3.421,68	3.583,97	-227,72	-65,44	-33	-3.545,13	3.650,15	-223,81	-118,79	-59	-3.444,48	3.686,56	-223,81	18,26	-111
SICILIA	-8.472,53	8.097,35	-198,70	-573,88	-114	-8.386,37	8.323,66	-198,88	-261,59	-52	-8.512,32	8.518,04	-205,72	-200,00	-40	-8.588,37	8.732,12	-205,72	-61,96	-46
SARDEGNA	-2.734,16	2.773,51	-61,84	-22,48	-14	-2.943,37	2.874,67	-62,08	-130,79	-78	-3.089,65	2.915,25	-55,34	-229,74	-137	-3.102,81	2.929,43	-55,34	-228,72	-116
TOTALE	-105.575,54	101.866,23	0,00	-3.709,31	-62	-108.688,92	105.220,25	-0,00	-3.468,67	-58	-111.734,15	108.482,51	0,00	-3.251,64	-54	-112.291,85	109.966,27	0,00	-2.325,58	-54
	SOLO PERDITE			-3.977,19		SOLO PERDITE			-3.654,78		SOLO PERDITE			-3.367,85		SOLO PERDITE			-2.452,54	
	SOLO UTILI			267,87		SOLO UTILI			186,11		SOLO UTILI			116,21		SOLO UTILI			126,96	

Fonte: MINISTERO DELLA SALUTE: NSIS, dati di consuntivo, vari anni. Per il 2010: dati estratti dal NSIS, IV trim al 25 marzo 2011. Tali dati potranno subire aggiornamenti ed integrazioni in corso d'anno, prima della loro pubblicazione nella RGSEP. 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.