

VII - RAPPORTO SANITA'

7.1. - I COSTI DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

La legge finanziaria per il 2005 (L 311/04) ha fissato il livello complessivo della spesa del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), al cui finanziamento concorre lo Stato, per l'esercizio 2005 in 88,195 miliardi (di cui 50 milioni riservati alla regione Lazio per le specificità derivanti dalla presenza dell'Ospedale Bambino Gesù).

La spesa complessiva del SSN, intesa quale somma dei costi di produzione delle funzioni assistenziali con i saldi della gestione straordinaria e di quella relativa all'intramoenia, sostenuta nell'anno 2005 (Tabelle SA-1, SA-2) risulta pari a 95.242 miliardi, di cui 94,783 miliardi riferiti alle regioni e alle province autonome¹ e 0,459 miliardi agli altri enti del SSN finanziati direttamente dallo Stato².

Il rapporto tra spesa del SSN e PIL si attesta al 6,7% con un incremento di 0,2 punti percentuali rispetto all'anno precedente e di ben 0,6 punti percentuali rispetto al 2001.

L'incremento percentuale della spesa complessiva del SSN, rispetto al 2004, è pari al 5,2%, mentre a livello territoriale si rilevano situazioni assai differenziate: si riscontrano riduzioni dell'1% circa per il Lazio, mentre si arriva a incrementi maggiori del 10% per Lombardia, Abruzzo e Molise.

La spesa media pro-capite nazionale è di 1.629 euro, mentre il valore medio riferito alle regioni e alle province autonome è di 1.621 euro. A livello territoriale³ si riscontra un'ampia variabilità, con il valore minimo di 1.404 euro della Calabria e il valore massimo pari a 2.076 euro della P.A. di Bolzano; i valori più bassi sono concentrati prevalentemente nel centro-sud del Paese, con le eccezioni rappresentate dalla Lombardia, dal Veneto, dalla Toscana e dalle Marche, con valori al disotto della media, e dal Lazio, dall'Abruzzo e dal Molise, con valori al di sopra della media.

Nel 2005, anche in attuazione di quanto auspicato nell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, le Regioni hanno riclassificato i costi dei propri IRCCS e Policlinici esponendoli per componenti di costo, essenzialmente personale e beni e servizi, e non più come acquisto di prestazioni, soprattutto ospedaliere. Ciò premesso, dall'analisi dei costi per funzioni di spesa, eseguita con riferimento ai costi integrali di produzione del SSN, si rileva (Tabelle SA-3, SA-4, Appendice):

¹ Dati Sistema Informativo Sanitario (SIS), 4° trimestre al 27 febbraio 2006. Non sono state considerate alcune voci di costo quali "Ammortamenti", "Svalutazione crediti", "Svalutazione attività finanziarie".

I dati del SIS possono divergere in parte da quelli forniti dall'ISTAT a causa dei differenti criteri utilizzati per la rilevazione di alcune voci di finanziamento / ricavo e di spesa / costo.

² Croce Rossa Italiana, Istituti Zooprofilattici sperimentali, Università (per borse di Studio agli specializzandi), Cassa DD.PP. (per rimborso mutui pre-riforma).

³ I dati non tengono conto delle correzioni per mobilità sanitaria interregionale, i cui saldi sono sommati algebricamente ai costi ed ai ricavi in sede di determinazione del risultato di esercizio.

Personale⁴

Pari a 31,107 miliardi, è cresciuto del 5,5% rispetto al 2004 principalmente in conseguenza dei rinnovi dei contratti dei medici e dei dirigenti relativi al primo biennio economico, 2002-2003.

A livello locale, l'incremento rispetto all'esercizio precedente presenta i valori più bassi nella P.A. di Trento, in Umbria e in Campania e più alti in Lombardia e Sicilia.

Beni e altri Servizi

Ammontano a 26,067 miliardi di cui 10,303 per i soli beni, 14,891 per gli altri servizi e 0,873 per la compartecipazione per l'intramoenia.

A livello locale si registrano riduzioni di costo rispetto al 2004 solo per la Calabria e per la Liguria; gli incrementi più elevati si rilevano in Lombardia, Abruzzo, Sicilia e Sardegna.

Per quanto riguarda l'analisi delle voci che compongono questo aggregato di spesa, si rileva, in particolare:

- Acquisti di beni: rappresentano il 39,5% dell'aggregato, con un incremento del 12% circa. Una parte di questo incremento è legato alla distribuzione diretta dei farmaci, incentivata su tutto il territorio nazionale per contenere la spesa farmaceutica erogata attraverso le farmacie convenzionate, i cui importi vengono iscritti contabilmente in questo aggregato, mentre una certa incidenza sull'incremento deriva dall'alta tecnologia presente nei beni utilizzati in sanità.
- Accantonamenti tipici: sono rappresentati da accantonamenti per TFR, per premio di operosità per il personale SUMAI e, soprattutto, a seguito dell'entrata in vigore del D.L. n. 203/2005, da accantonamenti per i rinnovi contrattuali dei contratti di competenza 2004-2005. Costituiscono il 7,6% dell'aggregato e registrano un incremento del 28,4%.
- Compartecipazione al personale del ruolo sanitario che svolge attività libero professionale all'interno delle aziende sanitarie: sono rappresentate dalla quota parte delle somme versate dai cittadini alle aziende sanitarie per l'attività citata, che devono essere corrisposte al personale che ha eseguito tali prestazioni. Costituiscono il 3,4% dell'aggregato con un incremento del 2,2%.
- Servizi sanitari (Trasporti sanitari, consulenze, Formazione): rappresentano il 8,4% dell'aggregato con un incremento del 9,2%.
- Servizi non sanitari appaltati (Lavanderia, Pulizia, Mensa, Riscaldamento, etc.): rappresentano il 14,4% dell'aggregato con un incremento del 12,1% coerente con l'andamento degli anni precedenti e spiegabile con la tendenza all'esternalizzazione dei suddetti servizi.
- Manutenzioni e Riparazioni: rappresentano il 5,4% dell'aggregato con un incremento dell'10,0%.
- Godimento beni di terzi: rappresentano il 3,1% dell'aggregato con un incremento del 6,7% dovuto principalmente all'aumento dell'impiego delle forme di leasing e di service che continuano a diffondersi nelle aziende sanitarie.

⁴ Il ruolo sanitario, che comprende i medici, i sanitari laureati, il personale infermieristico e tecnico sanitario, assorbe quasi l'80% dell'intero costo del personale.

- Oneri diversi di gestione (per Organi delle aziende sanitarie, Assicurazioni, Spese legali, Utenze telefoniche, altre utenze, etc): rappresentano il 8,2% dell'aggregato con un incremento del 11,2%.
- Interessi passivi e Oneri finanziari: costituiscono l' 1% dell'aggregato e presentano un incremento del 16,1%.
- Imposte e Tasse (tra cui l'Irap): rappresentano il 9% circa dell'aggregato con un incremento del 5,4% legato ai rinnovi contrattuali.

Costi straordinari, stimati e variazione delle rimanenze

Sono componenti di costo introdotte dalla contabilità economica oramai adottata da tutte le aziende sanitarie e ricomprendono: sopravvenienze passive, insussistenze dell'attivo, minusvalenze, accantonamenti non tipici, variazioni delle rimanenze finali. Non sono state considerate, invece, altre voci stimate di costo quali ammortamenti, svalutazione di crediti e di attività finanziarie, in attesa di specifiche indicazioni sulle modalità di calcolo delle stesse.

Ammontano a 1,598 miliardi e sono caratterizzate, nelle sopravvenienze passive, dalla presenza di oneri per arretrati contrattuali dei contratti e delle convenzioni con i MMG sottoscritti nel 2005 e non precedentemente accantonati.

Medicina generale convenzionata

Il costo complessivo, che ammonta a 5,588 miliardi, fa registrare un incremento dell' 11,5% rispetto al precedente anno.

L'incremento è interamente attribuibile all'aumento dei costi di competenza derivante dalla sottoscrizione delle convenzioni per gli anni 2001-2003 e 2004-2005, entrambe siglate nel corso del 2005.

Farmaceutica convenzionata

Pari a 11,968 miliardi, è diminuita dell' 1% circa rispetto al 2004.

Si ricorda che la legislazione vigente prevede, per questa funzione di spesa, che l'onere a carico del SSN non debba superare il limite del 13% dell'importo della spesa sanitaria sia a livello nazionale, sia a livello regionale.

A livello locale si riscontrano situazioni molto diversificate, dovute all'effetto di scoraggiamento sui consumi indotto dall'applicazione di ticket imposti da molte regioni, all'applicazione di controlli sulle prescrizioni e al progressivo affermarsi della distribuzione diretta dei farmaci acquistati dalle aziende sanitarie, come ricordato a proposito dell'incremento dei costi per acquisti di beni e servizi. Sul risultato 2005 ha operato inoltre la manovra di contenimento operata dall'AIFA in coerenza con la legislazione vigente in materia di tetti di spesa farmaceutica.

Specialistica convenzionata e accreditata

Comprende gli acquisti di prestazioni di assistenza specialistica da convenzionati SUMAI, da Ospedali classificati a convenzione obbligatoria e da altri operatori privati accreditati. Per alcune re-

gioni può ancora comprendere gli acquisti di prestazioni di assistenza specialistica da IRCCS pubblici e da Policlinici Universitari pubblici.

I relativi costi ammontano a 3,319 miliardi, evidenziando un incremento del 7,3% rispetto al precedente anno.

A livello locale si riscontra una estrema variabilità dei tassi di incremento / decremento, passando da alti valori decrescenti dell'Abruzzo e della Calabria a notevoli incrementi per il Molise e la Val D'Aosta.

Riabilitativa accreditata

Ammonta a 2,244 miliardi, con un incremento rispetto al 2004 pari al 5,9%.

Si riscontra una estrema variabilità dei tassi di incremento / decremento a livello territoriale.

Integrativa e Protesica convenzionata e accreditata

Ammonta a 1,374 miliardi, con un incremento rispetto al 2004 pari al 6,2%.

Si riscontra una ampia variabilità dei tassi di incremento / decremento a livello territoriale..

Altra assistenza convenzionata e accreditata

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

I relativi costi ammontano a 4,362 miliardi, con un incremento del 9,4% rispetto al 2004.

Si riscontra una ampia variabilità dei tassi di incremento / decremento a livello territoriale.

Ospedaliera accreditata

Comprende gli acquisti di assistenza ospedaliera da Ospedali classificati a convenzione obbligatoria e da case di cura private accreditate. Per alcune regioni può ancora comprendere gli acquisti di prestazioni di assistenza specialistica da IRCCS pubblici e da Policlinici Universitari pubblici.

I relativi costi ammontano a 8,704 miliardi, con un decremento pari al 4,7% rispetto al precedente anno da attribuire in particolare alla riclassificazione dei costi di IRCCS pubblici e Policlinici pubblici operata da una parte delle Regioni e al consistente ammontare del livello raggiunto nel 2004 con particolare riferimento ai costi rettificati dalla regione Lazio.

Si riscontra una estrema variabilità dei tassi di incremento/decremento a livello territoriale..

7.2. - I RICAIVI DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Le risorse destinate al finanziamento del SSN, non considerando i ricavi della gestione straordinaria e quelli per l'intramoenia, per l'anno 2005 (Tabella SA-1) ammontano complessivamente a

90,855 miliardi⁵, di cui 90,396 miliardi riferiti alle regioni e alle province autonome e 0,459 miliardi riferiti ad altri enti del SSN finanziati direttamente dallo Stato.

Il rapporto tra finanziamento del SSN e PIL si attesta al 6,4% con un incremento di 0,3 punti percentuali rispetto all'anno precedente e di mezzo punto percentuale rispetto al 2001.

L'incremento percentuale del finanziamento del SSN a livello nazionale, rispetto al 2004, è del 7,8%, mentre il finanziamento medio pro-capite nazionale è di 1.554 euro, di cui 1.546 euro riferiti alle regioni e alle province autonome.

A livello territoriale, con riferimento ai ricavi integrali del SSN, si assiste ad una ampia differenziazione dei valori pro-capite, passando da un minimo di 1.415 euro in Campania ad un massimo di 2.131 euro nella P.A. di Bolzano; i valori più alti sono concentrati prevalentemente al centro-nord del Paese, con l'eccezione della Lombardia, del Lazio e dell'Abruzzo, con valori al di sotto della media.

Dall'analisi delle risorse per fonti di finanziamento, sempre eseguita con riferimento ai ricavi integrali del SSN, si rileva (Tabelle SA-3 e dalla SA-5 alla SA-13):

IRAP e addizionale regionale IRPEF

Sono state stimate dal competente Ministero dell'economia e delle finanze in 36,366 miliardi, con un incremento del 4,6% rispetto all'anno precedente.

A livello territoriale si riscontra una ampia variabilità dei tassi di incremento / decremento e dei valori pro-capite.

Fondo per fabbisogno sanitario ex D.L.vo 56/00 (Federalismo fiscale: Iva e Accise)

A norma del decreto legislativo suddetto deve essere assegnato alle sole regioni a statuto ordinario. Si segnala che l'applicazione dell'art. 7 dello stesso decreto sta determinando problematiche equitative nella distribuzione tra le regioni; con decreto legge 314/2004 e successive modificazioni e integrazioni, se ne è sospesa l'applicazione fino al 30 settembre 2005, mentre nella L 266/05 sono state adottate norme per superare dette problematiche.

⁵ Rispetto a quanto inizialmente previsto, nella fase a consuntivo si riscontrano differenze nel valore complessivo dei finanziamenti dovute a:

- ulteriori risorse aggiuntive a carico dello Stato, stanziare a titolo di ripiano dei disavanzi o integrative del finanziamento per i LEA e/o per interventi in campo sanitario previsti da successive norme di legge;
- ulteriori trasferimenti e maggiori ricavi e entrate proprie effettivamente conseguiti (compresi i ricavi straordinari);
- utilizzo di dati più aggiornati relativi ai saldi della mobilità sanitaria interregionale.

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

Tali correzioni si sono rese necessarie anche a fronte dei diversi sistemi e metodiche di contabilizzazione delle suddette voci di bilancio adottati da ciascuna regione e provincia autonoma, mentre i criteri utilizzati nella presente relazione per il calcolo del risultato di esercizio consentono di annullare tali disomogeneità e di uniformare le situazioni economiche territoriali, rendendole confrontabili anche nel tempo.

Ammonta a 39,116 miliardi, con un incremento rispetto al 2004 pari al 11,6%.

Ulteriori trasferimenti dal settore pubblico e da quello privato

Sono rappresentati dagli ulteriori trasferimenti, oltre la quota parte del fabbisogno nazionale ripartito dal CIPE, da parte della regione o provincia autonoma a carico dei loro bilanci, nonché da parte del settore pubblico allargato (altre amministrazioni statali, province, comuni) e di quello privato. Si ricomprendono, pertanto, anche le partecipazioni delle regioni a statuto speciale e delle province autonome di Trento e di Bolzano⁶ e da parte di alcune Regioni, di risorse aggiuntive regionali per garantire l'equilibrio economico-finanziario, ai sensi di quanto previsto dall'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.

Sono pari a 7,575 miliardi, con un incremento del 15,5% rispetto al 2004.

Ricavi e entrate proprie varie delle aziende sanitarie

Sono rappresentati, in generale, dai ricavi conseguiti dalle aziende sanitarie derivanti dalla vendita di prestazioni sanitarie e non sanitarie a soggetti pubblici e privati, della regione e al di fuori della regione di appartenenza e da altri ricavi quali interessi attivi e altri proventi finanziari, rimborsi, etc. Sono ricompresi i ticket introitati direttamente e le compartecipazioni per l'attività libero professionale svolta all'interno delle aziende sanitarie.

Ammontano a 2,477 miliardi (senza considerare i ricavi per l'intramoenia).

Ricavi straordinari delle aziende sanitarie

Sono componenti di ricavo introdotte dalla contabilità economica e ricomprendono: sopravvenienze attive, insussistenze del passivo, plusvalenze. Non sono state considerate, invece, altre voci stimate di ricavo quali i costi capitalizzati e le rivalutazioni finanziarie, in attesa di specifiche indicazioni sulle modalità di calcolo delle stesse.

Sono pari a 0,740 miliardi.

Fondo sanitario ex decreto legislativo 56/00 (Federalismo fiscale) per le regioni

A norma del decreto legislativo suddetto deve essere assegnato, come quota parte a carico dello Stato, alle sole regioni Sicilia e Sardegna per il finanziamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e a tutte le regioni a statuto ordinario per quanto riguarda i fondi vincolati da norme speciali al finanziamento di spese sanitarie inerenti l'esecuzione di particolari attività e il raggiungimento di specifici obiettivi (tra cui, principalmente: assistenza e formazione per l'aids, borse di studio ai medici di medicina generale, assistenza agli extracomunitari, interventi nel settore

⁶ Le partecipazioni delle regioni a statuto speciale e delle province autonome di Trento e Bolzano sono previste, a partire dall'esercizio 1990, dalla L. 38/90 in ragione della maggiore autonomia in materia fiscale di cui tali enti godono rispetto alle regioni a statuto ordinario. Le relative percentuali sono disposte con legge e sono attualmente pari al 42,50% per la Sicilia, al 29% per la Sardegna e al 100% per le rimanenti regioni a statuto speciale e per le province autonome di Trento e Bolzano.

dell'assistenza veterinaria, assistenza agli hanseniani, assistenza e ricerca per la fibrosi cistica, fondo di esclusività per la dirigenza medica, obiettivi prioritari del PSN).

Ammonta a 4,861 miliardi, con un decremento dell' 1,3% rispetto all'anno precedente.

Fondo sanitario ex decreto legislativo 56/00 (Federalismo fiscale) per gli altri enti

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

Ammonta a 0,459 miliardi, con un incremento del 2,2% rispetto all'anno precedente.

E' da ricordare che, anche per gli anni 2005–2007, le Regioni sono tenute al rispetto di una serie di adempimenti ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato, secondo quanto previsto dalla legge 311/2004 così come recepita dall'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.

Anche per il 2005 la quota indistinta del fabbisogno riservato ai LEA è stata ripartita tra le regioni e le province autonome, a norma della L 662/96, per quota capitaria differenziata pesata in base ai seguenti criteri:

- popolazione residente per età e per sesso
- frequenza dei consumi sanitari per livello e sotto-livello di assistenza, età e sesso
- tassi di mortalità della popolazione
- indicatori epidemiologici territoriali
- indicatori relativi a particolari situazioni territoriali ritenuti utili al fine di definire i bisogni sanitari della popolazione.

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

7.3. - IL RISULTATO DI ESERCIZIO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

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

Le regioni, pertanto, devono provvedere con proprie risorse agli effetti finanziari conseguenti agli eventuali maggiori costi di produzione per l'erogazione di livelli di assistenza superiori a quelli

ritenuti essenziali, all'adozione di modelli organizzativi diversi da quelli assunti come base per la determinazione del livello complessivo di finanziamento.

Solo per i maggiori costi imputabili a provvedimenti assunti a livello nazionale concernenti i LEA si prevede la possibilità di finanziamento aggiuntivo e/o di ripiano a carico dello Stato.

A norma delle leggi 724/94 e 662/96, le regioni V. Aosta e Friuli V.G. e le province autonome di Trento e Bolzano provvedono alla copertura delle proprie perdite registrate nella gestione della pubblica sanità con quote interamente a carico dei loro bilanci regionali e provinciali.

Si ricorda infine il divieto per le regioni e le province autonome, introdotto implicitamente dall'art. 85, della L 388/00 a decorrere dall'esercizio 2001, di attivare mutui per la copertura delle suddette perdite; strumenti di intervento sono rappresentati invece dall'aumento di imposte e dal reintegro e dalla rimodulazione della compartecipazione al costo dei servizi sanitari da parte dei cittadini.

La legge 311/04 ha stanziato ulteriori 2 miliardi per il parziale ripiano delle perdite del SSN registrate nel triennio 2001 – 2003, di cui 1,450 miliardi alle regioni e 0,550 miliardi agli IRCCS pubblici e ai Policlinici Universitari pubblici, mentre l'ultima legge finanziaria (L 266/05) ha previsto ulteriori 2 miliardi a titolo di concorso per il ripiano dei disavanzi del SSN del triennio 2002 – 2005 (di cui 50 milioni finalizzati al ripiano dei disavanzi della regione Lazio per l'anno 2003, derivati dal finanziamento dell'Ospedale Bambino Gesù).

L'importo della perdita complessiva netta del SSN per l'anno 2005 (Tabelle SA-1 e SA-3), corrispondente alla somma algebrica degli utili e delle perdite delle singole regioni e province autonome, ammonta a circa 4,387 miliardi, di cui 0,119 miliardi di utili complessivi (registrati dalla P.A. di Bolzano, Friuli, Emilia, Toscana e Umbria) e 4,506 miliardi di perdite complessive (contabilizzate dalle rimanenti regioni e province autonome); la regione Lombardia ha chiuso in pareggio.

7.4. - RICERCA E SPERIMENTAZIONE

A decorrere dal 1993, ai sensi dell'art. 12 del d.lgs.502/92 e successive modifiche ed integrazioni, una quota del FSN viene destinata al finanziamento della ricerca e delle sperimentazioni in campo sanitario e posta su appositi capitoli di bilancio dello stato di previsione della spesa del Ministero della salute). Tali fondi, determinati annualmente dalla legge finanziaria, vengono destinati al finanziamento della ricerca corrente e finalizzata degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (quelli privati beneficiano del finanziamento pubblico solo relativamente a progetti finalizzati), degli Istituti zooprofilattici sperimentali, dell'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro e dell'Istituto superiore di sanità; inoltre, una quota viene destinata al finanziamento di progetti di ricerca e sperimentazione presentati e gestiti dalle regioni. Ai fini della programmazione, del monitoraggio e della valutazione del complesso dei programmi di ricerca in tal modo finanziati dal Ministero della sanità, questo si avvale della Commissione nazionale della ricerca sanitaria, istituita nel 1997. Ulteriori quote dei fondi in questione vengono anche destinate, rispettivamente, a rimborsare le aziende sanitarie, tramite le regioni, delle spese sostenute per le prestazioni erogate a cittadini stranieri esplicitamente autorizzati e a finanziare l'Agenzia per i servizi sanitari regionali (Tab. SA-14).

7.5. - PROGRAMMA PLURIENNALE DI INVESTIMENTI EX ART. 20, LEGGE 67/88

L'art. 20 della L. 67/1988 ha autorizzato un programma pluriennale di investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie per complessivi 17.559 milioni volto alla riqualificazione del patrimonio edilizio e tecnologico pubblico e alla realizzazione di residenze sanitarie assistenziali (Tabella SA-15). Il programma è articolato in due fasi: la prima fase si è conclusa nel 1996 con un impegno di euro 4.854.694.851,44 (colonna a). Nella seconda fase, apertasi con una disponibilità finanziaria di complessivi euro 10.639.012.121,24, ripartiti con delibera CIPE n. 52/98 (colonna b), il programma finanziario è stato integrato per consentire il potenziamento di radioterapia nell'ambito dei programmi di edilizia sanitaria, con la legge finanziaria 2000 che autorizza la spesa di ulteriori €15.493.706,97, ripartiti con D.M. 28/12/2001 (colonna f). Ulteriore integrazione è stata apportata con la legge finanziaria 2001 che ha incrementato le risorse di euro 2.065.827.596,36), di cui 826 milioni impegnati con DM 8/6/2001 per la libera professione intramoenia (colonna e). La somma residua, pari a euro 1.239.684.455,44), è stata ripartita con delibera CIPE del 2 agosto 2002 (colonna d). Il programma pluriennale di investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie è quindi finanziato oggi per complessivi euro 17.575.028.276,02.

La seconda fase si è aperta con la deliberazione CIPE n.53/98 che ha approvato una prima tranche di finanziamenti per il completamento di strutture iniziate e per interventi volti alla sicurezza, in relazione alle risorse disponibili dalla legge 450/97 nella misura di euro 1.161.317.087,49 (colonna c).

Le risorse residue da destinare agli Accordi di programma (colonna g) sono oggetto di programmazione negoziata attraverso la quale il Ministero della salute e le Regioni approfondiscono e condividono nuove priorità e nuovi traguardi, rispetto agli obiettivi generali posti dal legislatore con l'avvio del programma, in coerenza con i mutamenti normativi intervenuti e in relazione a specifici Accordi quali quello dell'8 agosto 2001, ultimamente rivisitato dall'Intesa Stato-Regioni del 23.03.2005, che hanno portato all'individuazione di nuovi standard di riferimento, per il numero di posti letto (4,5 per mille abitanti compresa la lungodegenza e la riabilitazione) e, in genere, per quei parametri fondamentali che caratterizzano l'offerta sanitaria e che si riflettono, in particolare, su sicurezza, qualità e spesa.

La citata Intesa tra il Governo, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, sancita il 23 marzo u.s. fissa inoltre al 15% la quota minima di risorse che le Regioni, che alla data del 1° gennaio 2005 hanno ancora in corso di completamento il proprio programma art. 20 L. 67/88, devono destinare al potenziamento ed ammodernamento tecnologico, secondo quanto previsto all'art. 1, comma 188 della finanziaria 2005.

I due strumenti di programmazione negoziata possibili per l'attuazione dell'art. 20 sono: gli Accordi di programma ex art. 5 bis del D. L. vo. 502/1992 e gli Accordi di programma Quadro ex art. 2 della legge 662/1996, attivati qualora le Regioni includano la salute nell'ambito delle Intese istituzionali di programma. Entrambi gli strumenti richiedono ampia concertazione istituzionale, il concerto con il Ministro dell'economia e l'intesa della Conferenza Stato regioni, e prevedono la sottoscri-

zione di nuovi Accordi di programma nei limiti delle disponibilità finanziarie iscritte nel bilancio dello Stato e delle regioni ⁷.

Alla data del 31.12.2005 sono stati complessivamente sottoscritti 33 tra Accordi di programma, Accordi integrativi e Accordi stralcio dal Ministero della salute e dalle Regioni e le Province autonome, di cui 5 sono Accordi di programma quadro all'interno di Intese istituzionali di programma a norma dell'art. 2, comma 203, della legge n. 662/96 e 28 sono Accordi di programma ex art. 5 bis del D. L. vo. n. 502/92. Il valore complessivo delle risorse finanziarie messe a disposizione delle Regioni ammonta a euro 7.647.395.389,98, a cui si aggiungono i programmi relativi agli Enti per complessivi euro 565.469.844,60 (colonna h).

Nel corso del 2005 sono stati sottoscritti 6 nuovi Accordi di programma con le seguenti Regioni e Province Autonome:

- la regione *Valle d'Aosta* ha sottoscritto un Accordo integrativo il 13.01.2005 per € 4.131.655,00 a carico dello Stato;
- la regione *Molise* ha sottoscritto l'Accordo il 3.02.2005 per €11.772.891,75 a carico dello Stato
- la regione *Lombardia* ha sottoscritto un terzo Accordo il 7.03.2005 per €32.670.452,00 a carico dello Stato,
- la *Provincia Autonoma di Trento* ha sottoscritto un secondo Accordo il 15.03.2005 per € 20.115.996,00 a carico dello Stato;
- la *Provincia Autonoma di Bolzano* ha sottoscritto un secondo Accordo il 12.04.2005 per €7.359.511,0000 a carico dello Stato
- la regione *Umbria* ha sottoscritto un secondo Accordo stralcio il 19.12.2005 per € 16.010.164,00 a carico dello Stato

Tutti gli Accordi sottoscritti nel 2005 prevedono un'unica annualità di impegno.

Le risorse ripartite tra le Regioni ancora disponibili per la sottoscrizione di ulteriori Accordi di programma ammontano ad oggi complessivamente a euro 2.308.591.253,94 (colonna i).

Una volta sottoscritto l'Accordo, per l'attivazione dello stesso, la Regione, verificata l'appaltabilità degli interventi in esso previsti (genericamente coincidente con la cantierabilità), chiede al Ministero della salute l'ammissione a finanziamento dell'intervento; a partire dall'ammissione a finanziamento le risorse statali sono effettivamente erogabili.

La Tabella SA-16 rappresenta il quadro generale dell'andamento dei finanziamenti riferiti al valore complessivo degli accordi perfezionati (colonna a).

La tabella riporta l'andamento temporale cumulato delle autorizzazioni a spendere, decretate in relazione agli interventi che sono risultati appaltabili e hanno consentito l'inoltro da parte delle Regioni della richiesta di autorizzazione alla spesa, a partire da gennaio 2001 (colonna b), comprensive dei finanziamenti riservati agli IRCCS, IZS., Policlinici e ISS. Per ogni anno è riportata la percentuale di finanziamenti complessivamente assegnati sul programma complessivo di ogni singola Regione.

Al 31.12. 2005 è risultato appaltabile circa il 68,4% dell'importo finanziario degli Accordi di programma ed è stata autorizzata la spesa per circa 5.229 milioni. Persistono comunque forti diffe-

⁷ Integrazione introdotta dalla legge finanziaria 2003

renziamenti nei tempi di sottoscrizione e di attuazione degli accordi; a motivo delle molteplici complessità regionali, il dato complessivo totale deve essere necessariamente scomposto nelle componenti regionali e annuali (esercizio finanziario di impegno).

Dal 2000 ad oggi si evidenzia un'accelerazione dell'andamento temporale delle autorizzazioni a spendere, per cui si passa da circa 646 milioni di euro autorizzati complessivamente nel corso del 2001 a circa 761 milioni autorizzati nel 2002, fino ad arrivare a circa 1.333 milioni autorizzati nel 2003, con un incremento di ben il 75%. Nel corso del 2004 sono stati complessivamente autorizzati euro 1.139.186.723,46 e nel corso del 2005 le autorizzazioni ammontano a euro 831.686.329,43.

Per quanto riguarda inoltre i programmi di investimenti precedentemente citati, relativi al potenziamento di radioterapia nell'ambito dei programmi di edilizia sanitaria (D.M. 28/12/2001) e alla libera professione intramoenia (DM 8/6/2001) la spesa autorizzata al 31 dicembre 2005 è rispettivamente pari a euro 6.799.622,32 e euro 404.155.059,03 (Tabella SA-17).