

## 7. IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

### 7.1. - LA SPESA DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Il livello di finanziamento complessivo, cui concorre ordinariamente lo Stato, da destinare alla spesa del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per l'anno 2010 è stato definito in **105,566 miliardi di euro**, al netto dei 0,050 miliardi di euro per il finanziamento dell'ospedale pediatrico Bambino Gesù ai sensi dell'articolo 22, comma 6, del decreto-legge 1 luglio 2009, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 3 agosto 2009, n. 102, che stabilisce la diretta attribuzione all'Ospedale stesso del relativo finanziamento a decorrere dall'anno 2009.

Il finanziamento complessivo suddetto risulta composto da:

- a) **103,945 miliardi di euro** comprensivi di 0,398 miliardi di euro (previsti annualmente a titolo di concorso dello Stato al finanziamento della spesa sanitaria a copertura dei maggiori oneri contrattuali per il biennio economico 2006-2007 a decorrere dal 2009, secondo quanto previsto dal combinato disposto di cui all'articolo 3, commi 131 e 139 della legge 24 dicembre 2007, n. 244) ai sensi dell'articolo 79, comma 1, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112 convertito con modificazioni dalla legge 6 agosto 2008 n. 133;
- b) **0,069 miliardi di euro**, ai sensi dell'articolo 79, comma 2, della predetta legge 6 agosto 2008 n. 133 che, al fine di procedere al rinnovo degli accordi collettivi nazionali con il personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale per il biennio economico 2006- 2007, prevede che il livello del finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato, di cui al comma 1, lettera a), è incrementato di 0,184 miliardi di euro per l'anno 2009 e di 0,069 miliardi di euro a decorrere dall'anno 2010, anche per l'attuazione del Progetto Tessera Sanitaria e, in particolare, per il collegamento telematico in rete dei medici e la ricetta elettronica, di cui al comma 5-bis dell'articolo 50, della legge 24 novembre 2003, n. 326;
- c) **0,400 miliardi di euro**, ai sensi dell'articolo 62, comma 20, del richiamato decreto-legge 25 giugno 2008 n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133, che dispone, ai fini della copertura degli oneri derivanti dall'abolizione della quota di partecipazione al costo per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, l'incremento del livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale al quale concorre ordinariamente lo Stato, di cui all'articolo 79, comma 1, del medesimo decreto- legge

CAP. 7 – IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (A CURA DEL MINISTERO DELLA SALUTE)

- 25 giugno 2008 n. 112, di 0,400 miliardi di euro per ciascuno degli anni 2009, 2010 e 2011;
- d) **0,200 miliardi di euro**, ai sensi dell'articolo 1-ter, comma 17, del decreto-legge 1° luglio 2009 n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 3 agosto 2009 n. 102, che prevede, in funzione degli effetti derivanti dall'attuazione del medesimo articolo 1-ter in materia di regolarizzazione dei lavoratori extracomunitari, che il livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale a cui concorre ordinariamente lo Stato è incrementato di 0,067 miliardi di euro per l'anno 2009 e di 0,200 miliardi di euro a decorrere dall'anno 2010;
  - e) **0,584 miliardi di euro**: in applicazione della Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 (Patto per la Salute 2010-2012);
  - f) **0,168 miliardi di euro** a titolo di finanziamento per la medicina penitenziaria, in attuazione di quanto previsto dall'articolo 2, comma 283, lettera c), della legge 24 dicembre 2007, n. 244;
  - g) **0,250 miliardi di euro** : l'articolo 11, comma 5, lettera a), del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122 stabilisce che, nel rispetto di quanto previsto dall'articolo 2, comma 67, secondo periodo, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 (Legge Finanziaria 2010)- attuativo del Patto per la Salute relativo al triennio 2010-2012- la copertura delle risorse aggiuntive al livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale, pari a 0,550 miliardi di euro per l'anno 2010, è assicurata per 0,300 miliardi di euro mediante l'utilizzo delle economie in materia farmaceutica, derivanti dalle disposizioni di cui al medesimo articolo 11, comma 7, lettera a), del citato decreto-legge 78/2010 e per la restante parte, pari a 0,250 miliardi di euro, mediante integrazione del livello di finanziamento del Servizio sanitario nazionale a cui concorre ordinariamente lo Stato.

La spesa complessiva effettiva del SSN sostenuta nel 2010 è stata desunta dai dati del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) del 4° trimestre 2010, alla data del **25 marzo 2011** ed in quanto tali devono considerarsi provvisori: le predette risultanze, difatti, possono essere diverse rispetto a quelle derivanti dai dati di consuntivo 2010, trasmessi al NSIS, per effetto di rettifiche ed integrazioni delle iscrizioni contabili, da parte sia aziendale che regionale, effettuate in sede di preconsuntivo. I dati di consuntivo 2010 saranno disponibili non appena conclusi i lavori dei Tavoli di verifica, istituiti ai sensi degli articoli 9 e 12 dell'Accordo Stato-Regioni del 23 marzo 2005.

I dati di consuntivo relativi all'anno 2009 sono desunti dal NSIS alla data del **27 gennaio 2011**. Anche questi dati possono essere oggetto di modifiche, per effetto di rettifiche di iscrizioni contabili conseguenti al disallineamento dei dati

di bilancio d'esercizio approvati e le risultanze dei modelli economici trasmessi al NSIS.

La spesa viene intesa quale somma dei costi di produzione delle funzioni assistenziali con i saldi della gestione straordinaria e di quella relativa all'intramoenia ed ammonta nell'anno 2010 a **111,168 miliardi di euro**, di cui **110,605 miliardi di euro** riferiti alle regioni e alle province autonome <sup>1</sup> e **0,563 miliardi di euro** agli altri enti del SSN finanziati direttamente dallo Stato <sup>2</sup> (Tabelle SA-1, SA-2).

Il rapporto tra spesa complessiva del SSN e PIL si attesta al **7,2 %**. L'incremento percentuale della spesa complessiva del SSN a livello nazionale rispetto al 2009 è dello 0,9 %, (nel 2009 la spesa era cresciuta del 2,9%). Il freno alla crescita è conseguente alle misure di contenimento messe in campo sia a livello nazionale (es. gli interventi in materia di spesa farmaceutica) sia a livello regionale nell'ambito delle misure di attuazione dei piani di rientro e dei programmi operativi (es. accreditamento degli operatori privati con l'assegnazione di tetti di spesa e attribuzione di budget, riorganizzazione della rete ospedaliera, misure di contenimento del costo del personale, ecc.).

La spesa media pro-capite nazionale è di **1.842 euro**, mentre il valore medio riferito alle regioni e alle province autonome è di **1.833 euro**. A livello territoriale <sup>3</sup> (cfr. tabella SA -2) si riscontra un'ampia variabilità, con il valore minimo di 1.690 euro della Sicilia e i valori massimi, oltre i duemila euro, della P.A di Bolzano, di Val d'Aosta, Trento, Liguria e, nel meridione, Molise.

L'analisi dei costi integrali di produzione del SSN (anche per funzioni di spesa) è contenuta nelle Tabelle SA-3, SA-4 e nell'Appendice.

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

### 7.1.1. Personale

In tale voce è ricompreso il costo del personale delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, degli IRCCS pubblici e dei Policlinici universitari pubblici appartenente ai ruoli sanitario, professionale, tecnico e amministrativo nonché il costo relativo alla corresponsione dell'indennità per il personale universitario ("indennità De Maria"). La spesa ammonta a **36,618**

<sup>1</sup> Non sono state considerate le voci di costo "Ammortamenti", "Svalutazione crediti", "Svalutazione attività finanziarie" in attesa della piena operatività delle indicazioni per l'uniforme trattazione contabile di tali voci.. I dati del NSIS possono divergere in parte da quelli forniti dall'ISTAT che sono elaborati secondo la metodologia SEC 95, a causa di differenti criteri utilizzati per la rilevazione di alcune voci di finanziamento / ricavo e di spesa / costo.

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

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

**miliardi di euro**, con un incremento del 1,2 % rispetto all'anno 2009 (nell'anno 2009 rispetto all'anno 2008 si era registrato un incremento del 2,6 %). Su tale risultato ha pesato l'incidenza sull'esercizio degli oneri per i rinnovi contrattuali del personale dirigente relativi al biennio 2008-2009 sottoscritti nell'anno 2010 e l'erogazione dell'indennità di vacanza contrattuale per l'anno 2010. Sull'anno 2009 aveva pesato, invece, il rinnovo contrattuale del personale non dirigente relativo al biennio 2008-2009. Tale livello di spesa sconta, al suo interno, gli interventi di contenimento sul costo del personale ai fini del rispetto della normativa vigente (l'articolo 2, comma 71, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 -Legge Finanziaria 2010- ha recepito le disposizioni del Patto per la Salute 2010-2012 prorogando per il periodo 2010-2012, il tetto alla crescita della spesa per il personale fissato dalla Legge Finanziaria 2007) nonché gli ulteriori interventi previsti negli specifici provvedimenti attuativi dei piani di rientro. La spesa del ruolo sanitario assorbe circa l'80 % della spesa complessiva per il personale.

#### 7.1.2. Beni e altri Servizi

Ammontano a **32,911** miliardi di euro, con un incremento dello 0,2% (nell'anno 2009 rispetto all'anno 2008 l'incremento è stato del 4,7 %). L'analisi delle voci che compongono questo aggregato di spesa rileva in particolare:

- **Beni:** incrementano del 4,8 %, rispetto all'anno 2009, che registrava un incremento del 7,3% rispetto all'anno 2008. A tale minore crescita, hanno contribuito positivamente le procedure di acquisto di beni e servizi delle aziende sanitarie pubbliche, - messe in atto, in particolare, da parte delle Regioni impegnate nei Piani di rientro che hanno incentivato o coordinato l'aggregazione tra aziende negli acquisti oltre che gli interventi di razionalizzazione dell'offerta sanitaria effettuate da alcune regioni.

Sul contenimento della crescita della spesa per acquisto dei beni ha inciso positivamente anche il rafforzamento della distribuzione diretta dei farmaci, -anche a seguito di politiche di incentivazione di tale canale di distribuzione finalizzate al contenimento della spesa farmaceutica erogata attraverso le farmacie convenzionate – nonché le misure introdotte dall'articolo 11 del decreto-legge 31 maggio 2010 n.78 in materia di spesa farmaceutica, ivi compreso il potenziamento dell'attività di controllo dell'AIFA. Tra i fattori che, invece sospingono la spesa, resta l'elevato costo dell'alta tecnologia presente nei beni utilizzati in sanità.

- **Servizi sanitari e non sanitari** (Trasporti sanitari, consulenze, Formazione, etc.): diminuiscono nell'anno 2010 dello 0,9% rispetto all'incremento del 4,7 % tra l'anno 2009 e l'anno 2008. Tale risultato è collegato al minore ricorso alle consulenze sanitarie e non sanitarie, anche in relazione alle disposizioni legislative emanate (Articolo 6,

CAP. 7 – IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (A CURA DEL MINISTERO DELLA SALUTE)

comma7, del decreto-legge 31 maggio 2010, convertito dalla Legge 30 luglio 2010, n. 122).

- **Servizi non sanitari appaltati (Lavanderia, Pulizia, Mensa, Riscaldamento, etc.)**: si rileva un incremento del 4,5 % rispetto all'anno 2009 minore dell'incremento del 6,9 % registrato tra l'anno 2009 e l'anno 2008.
- **Manutenzioni e Riparazioni**: incrementano nell'anno 2010 del 2,3 %, rispetto all' incremento del 7,3 % dell'anno 2009 rispetto all'anno 2008.
- **Godimento beni di terzi**: aumentano del 3,3 %, rispetto all'anno 2009 che registrava una crescita rispetto all'anno 2008 del 6,8%. La minore crescita è da imputarsi principalmente al minor impiego delle forme di leasing e di “service” da parte delle aziende sanitarie.
- **Oneri diversi di gestione (Spese amministrative e generali, per Organi delle aziende sanitarie, Assicurazioni, Spese legali, Utenze telefoniche, altre utenze, etc.)**: diminuiscono nell'anno 2010 del 2,4 % mentre nell'anno 2009 avevano registrato un aumento del 4 % rispetto all'anno 2008.
- **Accantonamenti tipici**: tale voce registra un decremento del 38,9 %, rispetto all'anno 2009, superiore rispetto a quello dell'anno precedente in cui si registrava un decremento del 10,2 %. Tale decremento è direttamente legato agli accantonamenti per rinnovi contrattuali per i quali dall'anno 2010 è prevista la corresponsione a costo della sola indennità di vacanza contrattuale. Negli anni precedenti invece erano presenti gli accantonamenti parametrati alle percentuali di rinnovo previste nei rispettivi accordi contrattuali. Il resto degli accantonamenti è rappresentato da accantonamenti per TFR, per premio di operosità per il personale SUMAI, per rischi.
- **Interessi passivi e Oneri finanziari**: si riducono nell'anno 2010 del 22,5 %, a differenza dell'anno 2009 nel quale si riducevano dell'11,7 % rispetto all'anno precedente. Tale tendenza è da porre in relazione al miglioramento della gestione finanziaria di talune regioni sottoposte ai piani di rientro che ha permesso anche la diminuzione dei relativi tempi medi di pagamento.
- **Imposte e Tasse (tra cui l'IRAP)**: aumentano dell'1 % rispetto all'anno 2009 che aveva fatto registrare un incremento del 2,2 % rispetto all'anno 2008. La variazione di tale aggregato è direttamente collegato a quella dell'aggregato del personale.

### 7.1.3. Medicina generale convenzionata

Il costo complessivo, che ammonta a **6,539 miliardi di euro**, è incrementato del 2,8 % nell'anno 2010, rispetto ad un incremento del 4,8 %

nell'anno 2009. Tale andamento deve essere letto considerando l'incidenza dei rinnovi contrattuali: sul risultato incide infatti la contabilizzazione nel 2010 degli oneri per il rinnovo delle convenzioni con i medici di base relative al biennio 2008-2009 avvenuto l'8 luglio 2010 e, nel 2009, degli oneri per il rinnovo (avvenuto il 29 luglio 2009) delle convenzioni relative al biennio 2006-2007.

#### **7.1.4. Farmaceutica convenzionata**

Il livello della spesa registrato dall'aggregato nell'anno 2010 è pari a **10,936 miliardi di euro**, con una diminuzione dello 0,6 % rispetto all'anno 2009 contro una riduzione del 2% tra l'anno 2009 e l'anno 2008. La dinamica dell'aggregato è influenzata dal rafforzamento della distribuzione diretta dei farmaci in atto nei servizi sanitari regionali

#### **7.1.5. Specialistica convenzionata e accreditata**

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

I relativi costi ammontano a **4,326 miliardi di euro**, evidenziando un incremento del 6,1% nell'anno 2010 rispetto all'anno 2009 , contro un incremento del 4,3% tra l'anno 2009 e l'anno 2008, a dimostrazione di una maggiore fruizione in ambito ambulatoriale di alcune prestazioni ritenute inappropriate in ambito ospedaliero. Su tale dinamica influisce inoltre, il rinnovo delle convenzioni con il personale SUMAI, stipulate congiuntamente a quelle della medicina generale convenzionata.

#### **7.1.6. Riabilitativa accreditata**

Ammonta a **1,971 miliardi di euro**, con un decremento nell'anno 2010 pari allo 0,4 % in controtendenza rispetto all'anno 2009 che aveva registrato un incremento dello 0,4% rispetto all'anno 2008, anche per effetto di riclassificazioni contabili operate a partire dall'anno 2008 da talune regioni, tra cui quelle sottoposte ai piani di rientro a seguito di verifiche sui criteri di contabilizzazione storicamente seguiti.

#### **7.1.7. Integrativa e Protesica convenzionata e accreditata**

Ammonta a **1,869 miliardi di euro**, con un incremento nell'anno 2010 pari allo 0,1 %, rispetto all'incremento del 3,3% registrato nell'anno 2009 rispetto all'anno 2008.

#### **7.1.8. Altra assistenza convenzionata e accreditata**



CAP. 7 – IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (A CURA DEL MINISTERO DELLA SALUTE)

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

I relativi costi ammontano a **6,296 miliardi di euro**, con un incremento del 5,2 % nell'anno 2010 (nell'anno 2009 l'incremento rispetto all'anno 2008 stato del 5,9%). Tale importo sconta il consolidamento degli effetti derivanti da alcune riclassificazioni contabili operate da talune regioni a partire dall'anno 2008.

#### **7.1.9. Ospedaliera accreditata**

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

I relativi costi ammontano a **8,992 miliardi di euro**, con un incremento pari all' 1,9% rispetto all'anno 2009 contro un decremento dello 0,6% registrato tra l'anno 2009 e l'anno 2008. A tale dinamica ha contribuito sensibilmente l'attività svolta, soprattutto dalle regioni in Piano di rientro, sul fronte di una migliore regolazione dell'accreditamento degli operatori privati con l'assegnazione di tetti di spesa e l'attribuzione di budget.

#### **7.1.10. Saldo Gestione straordinaria**

La gestione straordinaria, introdotta dalla contabilità economico patrimoniale, è rappresentata dal saldo di componenti / rettifiche di ricavo e costo legate ad esercizi precedenti ed è pari a **0,028 miliardi di euro**.

Le componenti di ricavo ricomprendono: plusvalenze, sopravvenienze attive, insussistenze attive e ammontano a 0,557 miliardi di euro.

Le componenti di costo ricomprendono: minusvalenze, sopravvenienze passive (in cui vengono contabilizzati anche oneri per arretrati dei contratti e delle convenzioni in caso di insufficienti accantonamenti e/o partite debitorie riferite agli anni precedenti), insussistenze passive, variazioni delle rimanenze finali e ammontano a 0,585 miliardi di euro.

In particolare, si evidenzia come nel 2010 le componenti straordinarie sia attive che passive diminuiscono in maniera sensibile in tutte le Regioni, ivi comprese quelle sotto piano di rientro anche alla luce di un miglioramento nella tempestività delle scritture contabili di competenza.

#### **7.1.11. Saldo intramoenia**

Tale saldo rappresenta la differenza tra i ricavi relativi alla gestione dell'intramoenia e i costi per la compartecipazione al personale, che svolge attività libero professionale ed è pari a **+ 0,074 miliardi di euro**.

I ricavi derivano dalla quota di compartecipazione all'attività intramoenia pagata dai cittadini alle aziende sanitarie e ammontano ad 1,130 miliardi di euro.

I costi sono costituiti dalla quota parte delle somme versate dai cittadini a fronte delle prestazioni rese che viene erogata al personale del ruolo sanitario che svolge attività libero professionale all'interno delle aziende sanitarie. Essi ammontano a 1,056 miliardi di euro.

## 7.2. - IL FINANZIAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Le risorse destinate al finanziamento del SSN per l'anno 2010, non considerando i ricavi della gestione straordinaria e quelli per l'intramoenia, - considerati come saldo nel livello di spesa (Tabella SA-1) - , ammontano complessivamente a **108,842 miliardi di euro**<sup>4</sup>, di cui **108,280 miliardi di euro** riferiti alle regioni e alle province autonome e **0,563 miliardi di euro** riferiti ad altri enti del SSN finanziati direttamente dallo Stato. Tali valori scontano le entrate proprie effettivamente riscosse dagli enti del SSN, i trasferimenti da parte delle regioni, degli altri enti del settore pubblico e dei privati. L'importo del finanziamento riportato nella Tabella SA-1 è al netto dei 50 milioni di euro in favore dell'Ospedale Bambino Gesù, ai sensi di quanto previsto dall'articolo 22, comma 6, del decreto-legge 1 luglio 2009, n.78 convertito, con modificazioni, dalla legge 3 agosto 2009, n.102, che dispone l'erogazione diretta da parte dello Stato di tali risorse finanziarie all'Ospedale medesimo.

---

<sup>4</sup> Rispetto a quanto inizialmente previsto e stanziato in sede di legge finanziaria, nella fase di consuntivazione si possono riscontrare differenze nel valore complessivo dei finanziamenti dovute a:

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

Non sono stati utilizzati, peraltro, tutti i dati di ricavo così come risultanti dai modelli di conto economico CE presenti nel NSIS: 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.

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



Il rapporto tra finanziamento complessivo del SSN e PIL si attesta al **7,0 %**, valore pari a quello dell'anno precedente. Il livello di finanziamento indicato per l'anno 2010 è quello riportato nell'articolo 2, comma 66, della legge 23 dicembre 2009, n.191 (Legge Finanziaria 2010) al fine di garantire il rispetto degli obblighi comunitari e la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica per il triennio 2010-2012 e in attuazione dell'intesa Stato-Regioni in materia sanitaria per il triennio 2010-2012, sancita nella riunione della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano del 3 dicembre 2009. Tale livello è stato integrato per un importo pari a 0,250 miliardi di euro sulla base di quanto previsto dall'articolo 11, comma 5, lettera a) del decreto legge 31 maggio 2010, n.78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n.122. Tale integrazione rappresenta la quota parte delle risorse aggiuntive (pari a 0,550 miliardi di euro per l'anno 2010) che lo Stato si era impegnato a garantire alle regioni ai sensi dell'articolo 2, comma 67, secondo periodo, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, attuativo dell'intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 (Patto per la Salute 2010-2012)<sup>5</sup>. L'incremento percentuale del finanziamento complessivo del SSN a livello nazionale e regionale rispetto al 2009, è dell'1,8 %, mentre l'anno precedente era del 3,2%; il finanziamento medio pro-capite nazionale è di **1.804 euro**, di cui **1.794 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 1.701 euro in Campania ad un massimo di 2.267 euro nella P.A. di Bolzano.

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

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

### **7.2.1. IRAP e Addizionale regionale IRPEF**

Sono state stimate dal competente Ministero dell'economia e delle finanze in **36,874 miliardi di euro**, con un decremento del 6 % nell'anno 2010 rispetto ad un incremento dello 0,9% osservato fra l'anno 2009 e l'anno 2008.

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

---

<sup>5</sup> La restante quota, pari a 0,300 miliardi di euro, è stata garantita dalle misure in materia di spesa farmaceutica derivanti dalle disposizioni di cui al medesimo articolo 11, comma 7, lettera a) del citato decreto-legge 78/2010;

Ammonta a **53,498 miliardi di euro**, con un incremento pari all' 8,7% nell'anno 2010 rispetto all'anno 2009, in cui si registrava un incremento di 3,6 % rispetto all'anno precedente.

L'importo qui indicato si riferisce alla valorizzazione degli importi indicati in via provvisoria a copertura integrale del fabbisogno. Gli importi definitivi spettanti alle regioni in applicazione della norma sul federalismo fiscale sono quelli indicati nell'emanando DPCM di individuazione delle compartecipazioni regionali all'imposta sul valore aggiunto e all'accisa sulle benzine e delle aliquote dell'addizionale regionale all'IRPEF, per l'anno 2009, ai sensi dell'art. 5, comma 2, del predetto decreto legislativo.

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

In tale aggregato sono contabilizzate le quote di partecipazione delle regioni a statuto speciale e delle province autonome - ripartite dal CIPE secondo quanto previsto dalla vigente normativa- che, per le regioni Valle D'Aosta, Friuli Venezia Giulia e Sardegna (quest'ultima dal 2007 non riceve più trasferimenti a carico del Bilancio dello Stato) e per le Province Autonome di Trento e Bolzano, devono intendersi a copertura integrale del loro fabbisogno mentre per la regione Sicilia -la cui quota di partecipazione è fissata, per l'anno 2010, nella misura del 49,11 %- è a parziale copertura del fabbisogno medesimo.

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

Alla data del **25 marzo 2011**, dati SIS relativi al 4° trimestre 2010, gli ulteriori trasferimenti dal settore pubblico e da quello privato desunti dal NSIS, comprensivi delle quote a carico delle regioni a statuto speciale per l'integrale copertura del loro fabbisogno sanitario (pari a 0,591 miliardi di euro), risultano pari a **10,777 miliardi di euro**, con un decremento pari all'1% nell'anno 2010, mentre nell'anno 2009 si registrava un incremento dell'8,1% rispetto all'anno 2008. I dati di consuntivo relativi all'anno 2009 sono desunti dal NSIS alla data del **27 gennaio 2011**.

### **7.2.4. Ricavi ed entrate proprie**

Sono rappresentati, in generale, dai ricavi conseguiti dalle aziende sanitarie derivanti dalla vendita di prestazioni sanitarie e non sanitarie a soggetti pubblici e privati della regione e al di fuori della regione di appartenenza e da

altri ricavi quali interessi attivi e altri proventi finanziari, rimborsi, etc. Sono ricompresi in tale voce i ticket introitati dalle aziende sanitarie.

Alla data del **25 marzo 2011**, dati NSIS relativi al 4° trimestre 2010, risultano pari a **2,909 miliardi di euro**, con un decremento del 2,5 % nell'anno 2010 rispetto all'anno 2009, mentre tra l'anno 2009 e l'anno 2008 si registrava un incremento del 5,8%.

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

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

Sono fatti salvi i trasferimenti relativi ai fondi vincolati da norme speciali per il finanziamento di spese sanitarie inerenti l'esecuzione di particolari attività ed il raggiungimento di specifici obiettivi (tra cui, principalmente: assistenza e formazione per l'aids, borse di studio ai medici di medicina generale, assistenza agli extracomunitari, interventi nel settore dell'assistenza veterinaria, assistenza agli Hanseniani, assistenza e ricerca per la fibrosi cistica, fondo di esclusività per la dirigenza medica, obiettivi prioritari del PSN, medicina penitenziaria).

Tali trasferimenti ammontano a complessivi **4,221 miliardi di euro**, con un incremento del 4,3 % nell'anno 2010, mentre nell'anno 2009 l'incremento era 5,5% rispetto all'anno 2008.

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

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

Ammontano a **0,563 miliardi di euro**, con un decremento del 7,1 %, mentre nell'anno 2009 si registrava un incremento dell'11%.

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

CAP. 7 – IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (A CURA DEL MINISTERO DELLA SALUTE)

A partire dal 2001 in applicazione di quanto previsto nell'Accordo Stato – Regioni dell'8 agosto 2001, le regioni sono tenute al rispetto di una serie di adempimenti ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato tra i quali è ricompreso il rispetto dell'equilibrio di bilancio. Per gli anni presi in considerazione dalla presente serie storica si riportano, di seguito, i principali riferimenti normativi:

- articolo 1, commi 173, 174 e 180 della legge 30 dicembre 2004, n. 311;
- l'Intesa Stato – Regioni del 23 marzo 2005;
- articolo 1, comma 275, della legge 23 dicembre 2005, n. 266;
- articolo 1, comma 796, della legge 27 dicembre 2006, n.296;
- articolo 2, comma 353 della legge 24 dicembre 2007, n.244;
- articoli 4 e 5, del decreto legge 1 ottobre 2007, n. 159 convertito, con modificazioni dalla legge 29 novembre 2007, n.222;
- articolo 1 del decreto legge 7 ottobre 2008, n. 154, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 dicembre 2008, n. 189;
- articolo 6-bis, comma 1 del decreto legge 29 novembre 2008, n.185, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 gennaio 2009, n.2;
- articolo 17, commi da 10 a 13, e articolo 22, commi 3 e 8 del decreto legge 1 luglio 2009, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 3 agosto 2009, n. 102;
- articolo 13 comma 1, lettera c), del decreto-legge 28 aprile 2009, n.39, convertito, con modificazioni dalla legge 24 giugno 2009, n.77;
- articolo 3 comma 3 della legge 15 marzo 2010, n. 38;
- l'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 concernente il nuovo Patto della salute per gli anni 2010-2012 – ed in particolare all'articolo 4, comma 1, lettera c), articolo 6, articolo 11, articolo 12 e articolo 15;
- articolo 2, commi 75 e ss della legge 23 dicembre 2009, n. 191;
- articolo 9, comma 17, e articolo 11 del decreto legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122.

Per il 2010, primo anno di applicazione del Patto per la Salute per il triennio 2010-2012 sottoscritto il 3 dicembre 2009, la quota indistinta del fabbisogno riservato ai LEA è stata ripartita tra le regioni e le province autonome, secondo il criterio di ripartizione adottato storicamente, prima della sottoscrizione del Patto per la Salute 2007-2009, che si basa essenzialmente su:

- a. criterio della cosiddetta quota capitaria assoluta, utilizzando i dati stimati per classi di età dall'ISTAT al 1° gennaio di ciascun anno di riferimento,

CAP. 7 – IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (A CURA DEL MINISTERO DELLA SALUTE)

corretta con i parametri di cui all'art.1 comma 34 della L.662/96, per tenere conto della frequenza dei consumi sanitari per età e per sesso;

- b. criteri e pesi per età, costruiti sulla base dei dati dei consumi sanitari presenti nella banca dati del NSIS riferibili a ogni Regione (dati SDO e dati Tessera Sanitaria per la specialistica ambulatoriale);
- c. dati della popolazione stimati per classi di età dall'ISTAT al 1° gennaio 2009.

La quota di accesso risultante con l'applicazione dei suddetti criteri è stata poi rideterminata in considerazione di alcuni meccanismi di riequilibrio concordati tra le regioni.

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

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

L'importo della perdita complessiva netta del SSN per l'anno 2010 (Tabelle SA-1 e SA-3), corrispondente alla somma algebrica degli utili e delle perdite delle singole regioni e province autonome, costruito matematicamente a partire dai dati NSIS relativi al 4° trimestre 2010 alla data del **25 marzo 2011**, dalle risorse costituenti il finanziamento da delibera CIPE e dalle risorse delle regioni a statuto speciale ammonta a **2,326 miliardi di euro**, contro 3,252 milioni di euro dell'anno 2009.

Tale miglioramento è ascrivibile sia agli strumenti di governance del Servizio sanitario messi in atto dal legislatore nazionale sia all'attuazione dei Piani di rientro dai disavanzi sanitari.

Con riferimento al primo aspetto, il Patto per la Salute 2010-2012 ha rafforzato gli strumenti di governance del Servizio Sanitario Nazionale stabilendo una soglia di disavanzo - pari al 5% del finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato incrementato delle entrate proprie effettivamente riscosse- sopra la quale la regione è tenuta a presentare un piano di rientro. Tale obbligo sussiste anche quando la regione non superi la predetta soglia ma gli automatismi fiscali o altre risorse di bilancio non garantiscano con la quota libera la copertura integrale del disavanzo.

Con riferimento all'equilibrio di bilancio, qualora nel corso della verifica degli adempimenti regionali si registri un disavanzo non coperto, con la procedura prevista dall'articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004,

n.311, vengono attuati in maniera automatica, oltre all'innalzamento delle aliquote fiscali nella misura massima, il blocco del turn over del personale del Servizio sanitario regionale e il divieto di effettuare spese non obbligatorie fino al secondo anno successivo a quello in cui si riscontra l'inadempienza. Per le regioni sottoposte ai piani di rientro, per le quali resta fermo l'aumento delle aliquote nel livello massimo ai fini del loro concorso all'equilibrio, è previsto, in caso di inadempienza, l'ulteriore aumento delle aliquote fiscali nella misura dello 0,15% e 0,30% rispettivamente dell'Irap e dell'addizionale regionale all'Irpef, oltre ai predetti automatismi concernenti il blocco del turn over e le spese non obbligatorie.

Un ulteriore rafforzamento degli strumenti di programmazione e controllo è rappresentato dal processo diretto a pervenire alla certificabilità dei bilanci delle aziende sanitarie e delle regioni che è previsto dal Patto per la salute e ha visto l'emanazione del primo decreto (DM 18 gennaio 2011) concernente la rilevazione straordinaria dello stato delle procedure amministrativo contabili delle regioni. Il processo per la certificabilità dei bilanci potrà avvalersi anche di quanto previsto all'articolo 79, comma 1-sexies, lettera c) del decreto legge 25 giugno 2008, n.112, convertito con modificazioni dalla legge 6 agosto 2008, n. 133.

In via ulteriore il legislatore, in sede di attuazione del federalismo fiscale, con il Titolo II del decreto legislativo 23 giugno 2011, n.118, ha introdotto apposite norme di coordinamento della finanza pubblica con riferimento al Servizio sanitario nazionale volte, tra l'altro, a garantire:

- 1) l'implementazione della contabilità economico- patrimoniale per la cosiddetta gestione sanitaria accentrata regionale al fine di assicurare, tra l'altro, la conciliazione con i dati di contabilità finanziaria delle regioni;
- 2) la trattazione contabile univoca a livello nazionale dei fatti gestionali riferentesi al settore sanitario anche con l'introduzione di specifici principi di valutazione del settore sanitario;
- 3) la maggiore trasparenza dei flussi finanziari connessi alla gestione sanitaria, attraverso l'istituzione di appositi conti di tesoreria separati.

Sul versante dei Piani di rientro e nella cornice del Patto per la salute 2010-2012, la normativa ha previsto:

- nelle regioni commissariate la prosecuzione dei piani di rientro mediante programmi operativi e, inoltre, la prosecuzione delle azioni di supporto contabile e gestionale (articolo 2, comma 88, legge 23 dicembre 2009, n. 191). La possibilità della prosecuzione dei piani di rientro è stata estesa anche alle regioni non commissariate (articolo 11, comma 1, del decreto legge 31 maggio 2010 n.78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122);



CAP. 7 – IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (A CURA DEL MINISTERO DELLA SALUTE)

- l'applicazione, in caso di mancato equilibrio, delle sanzioni in materia di aumento delle aliquote fiscali oltre il massimo e di automatismi in materia di blocco del turn over e di spese non obbligatorie anche per i risultati d'esercizio dell'anno 2009 (articolo 2, comma 91, lettera b), legge 23 dicembre 2009, n. 191);
- la possibilità per le regioni sotto piano di rientro, d'intesa con il Governo, di utilizzare, nel rispetto degli equilibri di finanza pubblica, per la copertura dei debiti sanitari, le risorse del Fondo per le aree sottoutilizzate relative ai programmi di interesse strategico regionale di cui alla delibera del CIPE n. 1/2009 del 6 marzo 2009, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 137 del 16 giugno 2009, nel limite individuato nella delibera di presa d'atto dei singoli piani attuativi regionali da parte del CIPE (articolo 2, comma 90, legge 23 dicembre 2009, n.191);
- la possibilità per le regioni che avrebbero dovuto sottoscrivere entro il 31 dicembre 2009 un accordo ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311 (con relativo piano di rientro per la riattribuzione del maggior finanziamento), di chiedere di sottoscrivere il medesimo accordo entro il termine del 30 aprile 2010 (articolo 2, comma 97, della legge 23 dicembre 2009, n.191). In virtù di tale norma si è avuta la sottoscrizione dei due accordi per i piani di rientro delle regioni Piemonte e Puglia;
- l'impossibilità di intraprendere o proseguire azioni esecutive nei confronti delle aziende sanitarie locali e ospedaliere delle regioni già sottoposte ai piani di rientro dai disavanzi sanitari e già commissariate alla data di entrata in vigore del decreto legge (articolo 11, comma 2, del decreto-legge 31 maggio 2010, n 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122 e s.m.i);
- l'articolo 17, comma 4, lett. a), b), c), del decreto-legge 6 luglio 2011, n.98, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n. 111, concernente la prosecuzione dei piani di rientro e i poteri commissariali;
- l'articolo 17, comma 4, lett. f), del decreto-legge 6 luglio 2011, n.98 , convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n. 111, che 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.

Il complesso degli strumenti normativi progressivamente introdotti nel corso degli anni ha originato un maggior controllo sia quantitativo che qualitativo della spesa da parte dello Stato e delle regioni, che ha portato ad un rallentamento della crescita del disavanzo sanitario passando da una media del 5% rispetto al finanziamento disponibile nel periodo 2001-2005 a 2,1% nel 2010.

Relativamente alla regione Calabria, è necessario premettere che i dati di spesa, costi e ricavi riportati nelle tabelle allegate riferiti agli anni 2007-2009 sono ancora in fase di aggiornamento da parte della stessa Regione in relazione alle verifiche in corso ai fini dell'approvazione dei singoli bilanci aziendali e pertanto non possono considerarsi definitivi.

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

I risultati di gestione delle regioni vengono sottoposti annualmente alla verifica da parte del Tavolo di verifica degli adempimenti di cui all'articolo 12 dell'Intesa Stato – Regioni del 23 marzo 2005 e per le regioni sottoposte ai piani di rientro in sede congiunta con il Comitato LEA di cui all'articolo 9 della citata Intesa.

Pertanto i risultati esposti nella tabella SA-3 sono alla base delle valutazioni di detto Tavolo, anche congiuntamente con il Comitato Lea, che rielabora i dati secondo una metodologia concordata annualmente con le Regioni. In particolare:

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

CAP. 7 – IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (A CURA DEL MINISTERO DELLA SALUTE)

- vengono valutate, su presentazione regionale, le ulteriori coperture regionali che non sono valorizzate nei dati NSIS.

**7.4. - RICERCA E SPERIMENTAZIONE**

A decorrere dal 1993, ai sensi dell'art. 12 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502 e successive modifiche ed integrazioni, una quota del FSN viene destinata al finanziamento della ricerca e delle sperimentazioni in campo sanitario e posta su appositi capitoli di bilancio dello stato di previsione della spesa del Ministero della salute. Tali fondi, determinati annualmente dalla legge finanziaria, vengono destinati al finanziamento della ricerca corrente e finalizzata degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (quelli privati beneficiano del finanziamento pubblico solo relativamente a progetti finalizzati), degli Istituti zooprofilattici sperimentali, dell'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro e dell'Istituto superiore di sanità; inoltre, una quota viene destinata al finanziamento di progetti di ricerca e sperimentazione presentati e gestiti dalle regioni. Ai fini della programmazione, del monitoraggio e della valutazione del complesso dei programmi di ricerca in tal modo finanziati dal Ministero della sanità, questo si avvale della Commissione nazionale della ricerca sanitaria, istituita nel 1997. Ulteriori quote dei fondi in questione vengono anche destinate, rispettivamente, a rimborsare le aziende sanitarie, tramite le regioni, delle spese sostenute per le prestazioni erogate a cittadini stranieri esplicitamente autorizzati e a finanziare l'Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali (tabella SA-15).