

VII. IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

VII.1 LA SPESA DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Nell'anno 2012 la spesa sanitaria ha subito ulteriori interventi correttivi normativi, tra cui il decreto-legge 6 luglio 2012, n.95 (spending review), che ha inciso particolarmente sui fattori di produzione, quali personale e beni e servizi, e sul settore della farmaceutica convenzionata ed ospedaliera.

Su questi stessi aggregati di spesa, il legislatore era già intervenuto in precedenza mettendo in campo interventi di contenimento della spesa sanitaria, attraverso l'articolo 11 del decreto-legge 31 maggio 2010, n.78 convertito con modificazioni nella legge 30 luglio 2010, n.220 e gli articoli 16 e 17 del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito con modificazioni dalla legge 15 luglio 2011, n. 111.

Il presente rapporto riporta i dati di spesa complessiva del SSN sostenuta nel 2012, elaborata sulla base dei dati del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) del 4° trimestre 2012 alla data del 2 maggio 2013.

Tali dati di spesa sono da considerarsi, tuttavia, provvisori: le predette risultanze, infatti, possono essere diverse rispetto a quelle dei dati di consuntivo per effetto di rettifiche ed integrazioni delle iscrizioni contabili, da parte sia aziendale che regionale, effettuate in sede di preconsuntivo.

I dati di consuntivo 2012 saranno disponibili dopo il 30 giugno 2013 e comunque non appena conclusi i lavori del Tavolo di verifica degli adempimenti, istituito ai sensi degli articoli 9 e 12 dell'Accordo Stato-Regioni del 23 marzo 2005.

La spesa, intesa quale somma dei costi di produzione delle funzioni assistenziali con i saldi della gestione straordinaria e di quella relativa alla compartecipazione al personale per attività libero-professionale intramoenia, e del saldo svalutazioni/rivalutazioni, ammonta a 113,683 miliardi di euro, di cui 113,036 miliardi di euro riferiti alle regioni e alle province autonome e 0,647 miliardi di euro agli altri enti del SSN finanziati direttamente dallo Stato (Tabelle SA-1, SA-2).

Il rapporto tra spesa complessiva del SSN e PIL si attesta al 7,3%.

- I dati del IV trimestre 2012 registrano un incremento pari a 0,8% rispetto ai dati del consuntivo 2011, considerando gli ammortamenti non sterilizzati¹ e

¹ L'inclusione degli ammortamenti nel livello della spesa dell'anno 2012 è legata al processo volto al superamento di alcune criticità rilevate nella registrazione di tale componente di costo e della corrispondente componente di ricavo (cosiddetti "costi capitalizzati") che consente la sterilizzazione degli ammortamenti in termini di risultato di esercizio. Tali criticità erano originate, principalmente, dalla estrema varietà dei

le voci escluse negli anni precedenti². L'incremento percentuale della spesa complessiva del SSN a livello nazionale nel 2011 è stata pari a 1,3 %; tale variazione percentuale prende a riferimento un dato di spesa del 2012 comprensivo di tutti gli ammortamenti contabilizzati per competenza economica nel medesimo anno, mentre nel 2011 gli ammortamenti sono stati inclusi nel livello di spesa con i seguenti criteri:

- nel 2011 sono stati inclusi i costi di ammortamento riferiti ai beni entrati in produzione negli anni 2010 e 2011, fatta eccezione per quelle regioni che hanno scelto di includere anche gli ammortamenti riferiti a cespiti acquistati anteriormente al 2010;
- solo a partire dal 2012 gli ammortamenti sono stati integralmente inglobati nella spesa sanitaria corrente.

La spesa, nel 2010, era cresciuta dell'1%, al netto degli ammortamenti che, fino a tale anno, non sono stati inclusi nel livello di spesa per i motivi indicati nella nota 1, in calce alla pagina.

La spesa rileva i costi materialmente sostenuti nell'anno di riferimento dagli enti oggetto di rilevazione, secondo il principio della competenza economica, consolidati a livello regionale. Relativamente agli oneri per il rinnovo dei contratti o convenzioni questi sono contabilizzati in ciascun anno sui bilanci delle ASL/AO nella voce "accantonamenti per rinnovi contrattuali" o "accantonamenti per rinnovo convenzione" e sono inclusi nel livello complessivo della spesa, concorrendo, in tal maniera, al risultato d'esercizio di ciascun Servizio Sanitario Regionale.

Dall'esame dei dati di spesa riferiti agli anni 2009-2012 e dalla variazione percentuale annua registrata dagli stessi, si evince chiaramente come le misure di contenimento messe in campo sia a livello nazionale (es. ulteriore blocco dei contratti collettivi nazionali di lavoro per la validità di un triennio con decorrenza anno 2010, interventi in materia di farmaci ecc.) sia a livello regionale per effetto delle misure messe in atto per l'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 ecc.) abbiano posto un forte freno alla crescita.

La spesa media pro-capite nazionale nel 2012 è di 1.914 euro, mentre il valore medio riferito alle Regioni a statuto speciale e alle Province Autonome è di

comportamenti contabili delle Regioni, determinando modalità di ammortamento estremamente differenziate. Il processo di definizione di principi contabili uniformi e di armonizzazione dei sistemi contabili determinati dal decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 è più ampiamente più avanti. Già dal 2011 sono stati presi in considerazione gli ammortamenti, ma mentre nel 2011 sono state seguite le regole del tavolo di verifica relativamente alla riunione del 24 marzo 2011, concernente l'avvio del processo di armonizzazione dei procedimenti contabili, previsto dall'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 e dai decreti legislativi del federalismo fiscale, nel 2011, invece, in relazione all'entrata in vigore del D.Lgs 118/2001 e alla definizione dei principi contabili uniformi contenuti nell'art. 29 del predetto decreto legislativo, gli ammortamenti sono stati considerati nel loro totale complessivo risultante dal modello CE, così come dal lato dei ricavi per i costi capitalizzati.

² Dal 2012 sono state considerate tutte le voci di costo comprese anche quelle degli "ammortamenti" "Svalutazione crediti", "Svalutazione attività finanziarie", in applicazione di quanto previsto dal decreto leg.vo 118/11 in materia di armonizzazione dei sistemi contabili.

1.903 euro. A livello territoriale³ (cfr. tabella SA -2) si riscontra un'ampia variabilità, con il valore minimo di 1.713 euro della Campania e i valori massimi, oltre i 2.000 euro, della P.A di Bolzano, della Valle d'Aosta, della Provincia Autonoma di Trento, del Lazio e del Molise.

La rappresentazione dei costi per funzioni di spesa, con riferimento ai costi integrali di produzione del SSN è contenuta nelle Tabelle SA-3, SA-4 e nell'Appendice.

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

VII.1.1. PERSONALE

In tale aggregato sono ricompresi i costi del personale appartenente ai quattro ruoli (sanitario, professionale, amministrativo e tecnico), nonché il costo sostenuto dalle aziende per la corresponsione dell'indennità per il personale universitario, con riferimento alla cd. Indennità De Maria. Il nuovo modello di rilevazione CE prevede la contabilizzazione separata dell'indennità spettante al personale sanitario, che rappresenta la parte più consistente, e dell'indennità spettante al personale non sanitario.

Il personale è la risorsa centrale per la funzionalità del sistema.

Una risorsa che costa il 36% circa della spesa corrente SSN.

Il costo totale del personale nel 2012 ammonta a 35,606 miliardi di euro con un decremento dell'1,4% rispetto al 2011.

Tale valore sconta, al suo interno, gli interventi di contenimento sul costo del personale disposti dalla normativa vigente. In particolare:

- l'articolo 2, comma 71, della legge n. 191/2009 ha recepito le disposizioni del Patto per la Salute 2010-2012 prorogando per il periodo 2010-2012 il tetto alla spesa⁴ fissato dalla legge 23 dicembre 2006 n. 296/96 (legge Finanziaria 2007);
- l'articolo 9, commi 16 e 17, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78⁵ ha disposto il blocco dei rinnovi contrattuali per il periodo 2010-2012;
- l'articolo 9, comma 1, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78 ha disposto il limite alla crescita dei trattamenti economici del personale dipendente per gli anni 2011-2013⁶, pari al trattamento spettante nell'anno 2010;

³ 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 inter-regionale passiva, inglobano la mobilità sanitaria interregionale attiva e non tengono conto delle correzioni relative ai saldi della mobilità internazionale.

⁴ obiettivo: spesa 2004 diminuita dell'1,4%

⁵ Convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122.

- l'art. 15 ,commi 21 del decreto-legge 6 luglio 2012, n.95 (spending review) convertito nella legge 7 agosto 2012, n.135 che ha ulteriormente prorogato fino all'anno 2015 il tetto di spesa fissato per il personale dipendente e convenzionato dalla legge 23 dicembre 2006 n. 296/96 (legge Finanziaria 2007).
- Il comma 25 dell'art. 15 predetto dispone, inoltre, le limitazioni di crescita dei trattamenti economici e accessori del personale delle pubblica amministrazione, che si applicano anche al personale convenzionato con il Ssn.

Fra i fattori di contenimento della dinamica dei costi per il personale in relazione alla "deospedalizzazione" vanno contemplati, inoltre, gli automatismi introdotti dalla vigente legislazione in materia di rideterminazione dei fondi per la contrattazione integrativa in relazione alla cessazione del personale dal servizio, nonché i parametri standard per individuare le strutture semplici e complesse e per le relative posizioni dirigenziali e di coordinamento.

Non di minore importanza sono tutte le disposizioni normative nazionali che prevedono ulteriori interventi previsti negli specifici provvedimenti attuativi dei Piani di rientro e, per talune Regioni sottoposte ai Piani di rientro, gli automatismi conseguenti alla procedura di cui all'articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e s.m.i. in materia di blocco automatico del turn-over e di nullità degli atti sottoscritti in vigenza di tale blocco.

VII.1.2. BENI E ALTRI SERVIZI

Ammontano a 35,159 miliardi di euro, con un incremento del 2,1% rispetto all'anno 2011 (nell'anno 2011 rispetto all'anno 2010 si era invece registrato un incremento dello 4%).

In materia di beni e servizi, di notevole rilevanza è stata l'emanazione del decreto- legge 6 luglio 2012, n.95 (spending review) convertito nella legge 7 agosto 2012, n.135, così come modificato dalla legge 24 dicembre 2012, n.228 (legge di stabilità 2013). Tale norma è intervenuta dopo che già l'articolo 17, comma 1, del decreto-legge 98/2011 aveva disposto una manovra di contenimento della spesa per beni e servizi in ambito sanitario (con esclusione dei farmaci, oggetto uno specifici intervento). Con il decreto-legge in materia di "spending review" e con la legge 24 dicembre 2012, n. 228 (Legge di Stabilità 2013), su impulso del Commissario per la razionalizzazione della spesa per beni e servizi, sono stati infatti previsti ulteriori risparmi nel settore. In particolare l'art 15, commi 13 lettere a) e b), prevede che i corrispettivi e i corrispondenti volumi d'acquisto di beni e servizi, con esclusione dei farmaci, siano ridotti del 5 % dalla data di entrata in vigore del decreto in oggetto e per tutta la durata dei contratti e del 10 % a decorrere dal 1° gennaio 2013, ai sensi dell'art. 1 comma 131 delle

⁶ Tale limite è stato successivamente esteso all'anno 2014 ai sensi dell'articolo 16, comma 1, lettera b, del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito con modificazioni dalla legge 15 luglio 2011, n. 111.

legge 24 dicembre 2012 n. 228 (legge di stabilità 2013): tale riduzione, per la fornitura di dispositivi medici, opera fino al 31 dicembre 2012.

Le aziende sanitarie, inoltre, sono tenute ad una rinegoziazione dei contratti per acquisti di beni e servizi qualora i prezzi unitari siano superiori del 20% rispetto ai prezzi di riferimento individuati dall'Osservatorio per i contratti (istituito in seno all'Autorità di vigilanza dei contratti pubblici - AVCP) ed eventualmente a recedere dai contratti stessi, qualora il fornitore non si adegui al prezzo di riferimento.

Questi ultimi, quali valori da considerare da parte degli enti sanitari, in sede gestionale (gare e contrattualistica) e dunque valori verso cui tendere progressivamente, costituiscono uno strumento ai fini del miglioramento dell'efficienza della spesa, in quanto rappresentano i migliori prezzi fra quelli effettivamente rilevati presso gli enti medesimi. La definizione di categorie omogenee dei prodotti oggetto di tale manovre, intendendo con questo termine prodotti che, pur differenziandosi in alcune caratteristiche, possono garantire prestazioni sanitarie sovrapponibili, contribuiranno a meglio definire i prezzi di riferimento e offrirà un prezioso strumento alle Regioni per ottimizzare i processi di acquisto, valorizzando la standardizzazione dei prodotti oggetto di acquisizione-

Si precisa che da tale ambito di applicazione della norma sono esclusi tutti i contratti in cui la fornitura si riferisce ai prodotti e servizi configuranti di per sé una prestazione sanitaria contabilizzata nel modello economico CE alle voci relative all'acquisto di prestazioni sanitarie da privati, all'assistenza sanitaria integrativa e protesica, ai servizi sanitari per l'emergenza 118, ai servizi per il trasporto organi e sangue, elencate nel D.P.C.M. del 29 novembre 2001.

L'analisi delle voci che compongono questo aggregato di spesa rileva in particolare:

- Beni:
incrementano dello 0,6%, rispetto all'anno 2011 che registrava, invece, un incremento del 2,4% rispetto all'anno 2010. A tale minore crescita, hanno contribuito positivamente l'ottimizzazione delle procedure di acquisto dei farmaci (in particolare, attraverso gare centralizzate gestite da centri di riferimento a livello regionale o aziendale), nonché il consolidarsi in alcune Regioni del fenomeno della distribuzione diretta dei farmaci (già attivata nei precedenti anni dalle stesse) e dall'accelerazione data da parte di altre Regioni a tale forma di dispensazione dei farmaci, al fine di contenere la spesa farmaceutica erogata attraverso le farmacie convenzionate. Tra i fattori che, invece, sospingono la spesa è da segnalarsi il costo dell'alta tecnologia presente nei beni utilizzati in sanità. Relativamente ai prodotti farmaceutici si segnala che l'articolo 15 commi da 4 a 8 e 11 del decreto-legge 6 luglio 2012, n.98 (spending review) convertito nella legge 7 agosto 2012, n.135, ha introdotto dall'anno 2013 misure di rafforzamento del payback dovuto dalle aziende farmaceutiche e rivisto il metodo di calcolo del ripianamento dello sfioramento della spesa per la farmaceutica ospedaliera a carico della regione che contribuiranno a contenere ulteriormente la spesa per tali prodotti.

Un tema di estrema rilevanza è rappresentato poi dal contenimento della spesa in termini di dispositivi medici. Con Decreto del Ministro della Salute dell'11 giugno 2010 è stato istituito un flusso per il monitoraggio dei dispositivi medici

acquistati dal sistema nazionale. Sono due i flussi raccolti: quello dei contratti e quello dei consumi. A partire dal 2012 il conferimento dei dati integra gli adempimenti cui sono tenute le Regioni e le provincie autonome, per l'accesso al maggior finanziamento per il S.S.N. La legge di conversione 111/2011 aveva fissato un tetto per il 2013 relativamente agli acquisti di tali beni nella misura del 5,2 per cento del finanziamento. Le somme eccedenti tale valore sono da recuperare a carico della Regione. Il D.L. 95/2012 ha previsto, invece, una riduzione di tale tetto, ulteriormente accentuata dalla legge di stabilità (dal 4,9 per cento al 4,8 per cento del finanziamento del S.S.N. a carico dello Stato nel 2013 e dal 4,8% per cento al 4,4% a decorrere dal 2014).

- Servizi sanitari e non sanitari (Trasporti sanitari, Consulenze, Formazione, etc.):
aumentano del 7,5 % rispetto all'anno 2011, rispetto al decremento dello 4,3 % tra l'anno 2011 e l'anno 2010. L'incremento è riferibile in particolare alle consulenze, collaborazioni, interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie, ancorché continui l'impegno assunto da parte delle Regioni di monitorare il fenomeno del ricorso alle consulenze sanitarie e non sanitarie, avendo riguardo all'entità della spesa e al rispetto dei vincoli previsti dalla normativa vigente.
- Servizi non sanitari appaltati (Lavanderia, Pulizia, Mensa, Riscaldamento, etc.):
si rileva un incremento del 2,1% nell'anno 2012, rispetto all'incremento del 3,4 % registrato tra l'anno 2010 e l'anno 2011. Anche per questi servizi il freno alla crescita è in parte riferibile all'impegno assunto da parte delle Regioni di monitorare tali settori di spesa, anche su impulso del Commissario della spending review, avendo riguardo all'entità della spesa e al rispetto dei vincoli previsti dalla normativa di cui ai decreti-legge nn. 98/2011 e 95/2012;
- Manutenzioni e Riparazioni:
incrementano nell'anno 2012 del 3,7%, rispetto all'incremento del 2,6 % registrato nell'anno 2011 rispetto all'anno 2010. L'incremento è riferibile in particolare alle manutenzioni esternalizzate che crescono del 4,2% mentre l'acquisto di materiali per la manutenzione decresce dell'8,1%;
- Godimento beni di terzi:
aumentano del 4,1%, rispetto all'anno 2011, superiore alla crescita registrata fra l'anno 2010 e l'anno 2011, pari all' 1%. La crescita è da imputarsi al maggior 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.):
registra nell'anno 2012 un aumento del 2,1 %, mentre nel 2011 l'incremento del rispetto all'anno 2010 è stato del 5,7%.
- Accantonamenti tipici:
tale aggregato non è facilmente confrontabile con gli anni pregressi in quanto al suo interno sono state introdotte nuove voci alla luce dell'adozione del nuovo modello CE in base al Decreto 15 giugno 2012 pubblicato sulla G.U. 159 del 10 luglio 2012. L'aggregato nel suo complesso registra un incremento dell' 8,8%

rispetto all'anno 2011; nell'anno 2011 rispetto all'anno 2010 si era registrato un aumento del 58%. Tale aumento nel 2011 è dovuto principalmente ad alcune voci che hanno contribuito alla sua formazione: gli accantonamenti per rischi, gli accantonamenti dell'esercizio e gli altri accantonamenti. In tale aggregato, infatti, si rilevano gli accantonamenti prudenziali appostati al fondo rischi e negli altri accantonamenti da talune Regioni, in attesa del perfezionarsi della chiusura delle scritture contabili del bilancio d'esercizio, che riporteranno correttamente per natura taluni costi ancora non correttamente ripartiti. Sono presenti negli accantonamenti tipici anche gli accantonamenti relativi agli obiettivi di piano per le quote relative a progetti ancora in corso di definizione. Relativamente agli accantonamenti per rinnovi contrattuali del personale dipendente e negoziali, per il personale in convenzione, si continua a registrare un forte decremento di tali voci, dal momento che resta confermata la disposizione normativa di cui all'articolo 2, comma 71, della legge n. 191/2009 che ha recepito le disposizioni del Patto per la Salute 2010-2012, prorogando per il periodo 2010-2012 il tetto alla spesa fissato dalla legge 23 dicembre 2006 n. 296/96 (legge Finanziaria 2007). Per la normativa in materia di personale si rimanda a quanto detto precedentemente nel paragrafo VII.1.7.

- Interessi passivi e Oneri finanziari:
diminuiscono dell'7,9% nell'anno 2012, a differenza del 2011 in cui aumentavano del 6,7 % rispetto al 2010. Rispetto al trend registrato nei precedenti anni tale aggregato economico risente dell'effetto positivo derivante dalla diminuzione dei tempi medi di pagamento in molte Regioni sottoposte ai Piani di rientro, con conseguente riduzione degli oneri legati al pagamento degli interessi di mora.
- Imposte e Tasse (tra cui l'IRAP):
diminuiscono dello 0,9 % nell'anno 2012, rispetto al decremento dell'1,1% osservato tra l'anno 2011 e l'anno 2002.

VII.1.3. MEDICINA DI BASE

Il costo complessivo della medicina di base da convenzione è pari a 6,664 miliardi di euro con una crescita, rispetto al 2011, dello 0,6%, mentre il dato relativo al 2011 presentava un incremento dell'1,3%. Il freno alla crescita è conseguenziale al blocco dei rinnovi delle convenzioni come meglio descritto al paragrafo VII.1.1. sul personale. L'ultimo rinnovo delle convenzioni con i medici di base, relative al biennio economico 2008-2009, risale infatti all'8 luglio 2010.

VII.1.4. FARMACEUTICA CONVENZIONATA

Il livello della spesa registrato dall'aggregato nell'anno 2012 è pari a 9,011 miliardi di euro, in diminuzione dell' 8,6% .

La consistente riduzione della spesa farmaceutica convenzionata si è realizzata quale risultato dell'effetto combinato di diversi fattori quali:

- il potenziamento della distribuzione diretta - soprattutto nelle Regioni soggette a Piano di rientro - che ha determinato lo spostamento di quote di mercato dal canale convenzionale verso quello della distribuzione diretta, con il conseguente risparmio a vantaggio delle Regione, dato dalla minore remunerazione della filiera distributiva;
- l'implementazione dell'attività di monitoraggio del livello di appropriatezza delle prescrizioni terapeutiche;
- ulteriori misure destinate a conseguire risparmi di spesa attraverso aumenti degli sconti sul prezzo dei farmaci a carico di grossisti e farmacisti, ai sensi dell'articolo 15, commi 2 e 3 del decreto-legge 6 luglio 2012, n.98 (spending review) convertito nella legge 7 agosto 2012, n.135.
- gli effetti economici conseguenti all'applicazione delle disposizioni contenute nel decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78⁷. Le disposizioni normative del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78 hanno agito su diversi fronti:, l'introduzione di un extrasconto a carico del farmacista dell'1,82%, l'introduzione di un pay-back dell'1,83% a carico del produttore⁸, l'allineamento del prezzo di riferimento della lista di trasparenza AIFA al prezzo dei farmaci a brevetto scaduto vigente in altri Paesi Europei⁹.

Tra i fattori che hanno concorso alla riduzione della spesa farmaceutica convenzionata vi è stato, inoltre, l'incremento della compartecipazione alla spesa da parte del cittadino a seguito dell'aumento della misura dei ticket in molte Regioni, in cui essi erano stati già operativi e alla loro adozione anche in Regioni nelle quali sinora tale forma di compartecipazione non era stata introdotta. Le tipologie di compartecipazione hanno riguardato sia il ticket imposto dalla Regione di riferimento sulla ricetta o sui pezzi prescritti, sia la quota a carico del cittadino data dalla differenza tra il prezzo al pubblico del farmaco a brevetto scaduto "di marca" e il prezzo di riferimento a carico del SSN dato dal generico.

⁷ Convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122 e successivamente modificato dal decreto-legge 29 dicembre 2010, n. 225, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 Febbraio 2011, n.10

⁸ Articolo 11, comma 6, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78. A tali disposizioni è stata data attuazione con Determinazione AIFA del 18 febbraio 2011.

⁹ Articolo 11, comma 9, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78. A tali disposizioni è stata data attuazione con Determinazione AIFA dell' 8 Aprile 2011.

Si evidenzia inoltre che è progressivamente passato a regime nella maggior parte delle Regioni il sistema Tessera sanitaria per il monitoraggio delle prestazioni farmaceutiche e specialistiche.

VII.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 4,700 miliardi di euro, evidenziando un incremento dello 0,7%, contro un corrispondente incremento del 3,6% nel 2011. Il rallentamento registrato negli anni è da riferirsi essenzialmente all'effetto positivo derivante dall'adozione degli strumenti di governo della spesa da parte delle Regioni oltre che dal consolidamento degli effetti già prodotti negli anni passati del processo di deospedalizzazione, che ha comportato una maggiore fruizione in ambito ambulatoriale di alcune prestazioni ritenute inappropriate in ambito ospedaliero. Il freno della crescita registratosi nel 2012 è, inoltre, riferibile agli interventi introdotti dall'art. 15, comma 14 del decreto-legge 6 luglio 2012, n.95 (spending review) convertito nella legge 7 agosto 2012, n.135 che, già dal 2012, prevede una riduzione complessiva degli acquisti da erogatori privati (volumi e corrispettivo) per prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera, in misura tale da ridurre la spesa, rispetto al valore consuntivato nel 2011, dello 0,5 per cento per il 2012, dell'1 per cento per il 2013 e del 2 per cento a decorrere dal 2014.

VII.1.6. RIABILITATIVA CONVENZIONATA E ACCREDITATA

Comprende gli acquisti di prestazioni di assistenza riabilitativa convenzionata ed extraospedaliera da strutture private accreditate. I due aggregati ammontano nel loro complesso a 1,898 miliardi di euro con un decremento rispetto al 2011 del 2,9%.

VII.1.7. INTEGRATIVA E PROTESICA

Ammonta a 1,841 miliardi di euro, considerando sia l'acquisto da pubblico che da privato, con un decremento rispetto al 2011 del 4,9%.

VII.1.8. 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 6,627 miliardi di euro, con un incremento del 5,9% (nel 2011 l'incremento è stato del 5,7%). Tale importo sconta il consolidamento degli effetti derivanti da alcune riclassificazioni contabili operate da talune regioni già nel corso dal 2009.

VII.1.9. OSPEDALIERA ACCREDITATA

Comprende gli acquisti di assistenza ospedaliera da Ospedali convenzionati, classificati, IRCCS privati, Policlinici universitari privati e Case di cura private accreditate. I relativi costi ammontano a 8,659 miliardi di euro, con un incremento pari allo 0,2%, in controtendenza rispetto all'anno 2011, laddove si è registrato un decremento del -2,4%. Tale fenomeno è in parte riferibile alla revisione dei budget da parte delle regioni nei confronti degli erogatori privati pur se, in tale ambito della spesa, comunque, continua a contribuire 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.

A livello nazionale, l'articolo 15, commi comma 13, lettera c), del decreto-legge 6 luglio 2012, n.95 (spending review) convertito nella legge 7 agosto 2012, n.135 ha stabilito che le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano adottassero entro il 31 dicembre 2012 provvedimenti per la riduzione dello standard di posti letto a carico del SSN, dall'attuale 4 per 1.000 abitanti al 3,7. La riduzione doveva essere a carico delle strutture pubbliche per una quota non inferiore al 50 per cento e raggiunta esclusivamente mediante la soppressione di unità operative complesse. Contestualmente è stata prevista la riduzione del tasso di ospedalizzazione dall'attuale valore di 180 per 1.000 abitanti al valore di 160 per mille e sono state previste misure dirette a promuovere l'appropriatezza e la razionalità nell'offerta ospedaliera. Gli standard quantitativi, qualitativi, strutturali e tecnologici relativi all'assistenza ospedaliera, che avrebbero dovuto essere individuati con un regolamento da adottarsi entro il 31 ottobre 2012, non sono stati definiti. Tuttavia, la normativa nazionale ha rafforzato ulteriormente il cammino già intrapreso verso all'efficientamento del sistema ospedaliero, anche attraverso il potenziamento delle strutture territoriali, con interventi tali da spostare l'erogazione di alcune prestazioni in setting assistenziali più appropriati e meno costosi.

Quindi, in generale, si può affermare che una regolazione più rigorosa dei meccanismi di accREDITamento delle aziende private, che operano per conto del SSN adottata a livello regionale, e le misure in materia di riorganizzazione della

rete ospedaliera, hanno contribuito a contenere la crescita della spesa di tutte le prestazioni acquistate dal settore privato (ospedaliera, specialistica, riabilitative, integrative ed altro).

VII.1.10. SALDO GESTIONE STRAORDINARIA

La gestione straordinaria, introdotta dalla contabilità economico patrimoniale, è rappresentata dalle componenti di ricavo e costo legate ad esercizi precedenti.

Le componenti di ricavo ricomprendono: plusvalenze, sopravvenienze attive, insussistenze attive e ammontano a 0,563 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 e ammontano a 0,710 miliardi di euro.

Si evidenzia come negli ultimi esercizi i componenti straordinari di reddito diminuiscono drasticamente in tutte le Regioni, grazie all'avvio di un percorso virtuoso da parte delle regioni che tende a superare le criticità nella qualità dei dati contabili e nella loro comparabilità legate alle carenze dei flussi informativi dei dati contabili e di gestione che continuano ancora a causare in alcune realtà territoriali scollamento di processo tra dato gestionale e registrazioni contabili con iscrizioni contabili a volte non tempestive e non correttamente allineate ai dati gestionali.

Questa situazione - unitamente ad altri problemi relativi alle disomogenee e/o non corrette modalità di iscrizione di specifiche poste, oltre alle difficoltà di riconciliazione 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) - ha dato luogo in passato ad una scarsa attendibilità dei conti, alla quale ora le regioni impegnate nei Piani di rientro stanno cercando di porre rimedio.

E' da precisare, inoltre, che il 2012 rappresenta il primo anno di applicazione del decreto legislativo 118/11 che - come noto - ha imposto a tutte le regioni (fatta eccezione per le regioni a statuto speciale e pp.aa. di Trento e Bolzano) l'abbandono dei propri specifici principi contabili in materia sanitaria in favore di quelli sanciti dal titolo II del predetto decreto legislativo.

La norma citata, inoltre, oltre a prevede una perimetrazione all'interno del bilancio regionale delle risorse destinate al finanziamento del SSR, per le quali è stato istituito uno specifico conto di tesoreria, stabilisce la corrispondenza o la riconciliazione dei valori iscritti in contabilità economico-patrimoniale nei conti del SSR con quelli iscritti in contabilità finanziaria nei bilanci regionali. Ciò ha comportato che nel 2012 le Regioni hanno effettuato una puntuale riconciliazione tra le posizioni debitorie e creditorie risultanti dai bilanci di esercizio degli enti dei SSR con i dati del bilancio regionale relativi per es. a:

- residui passivi e residui perenti determinati alla chiusura dell'esercizio 2011

- impegni di competenza della gestione 2011 che sono stati registrati e/o che verranno registrati, sulla base di obbligazioni già assunte dalla Regione, nell'anno 2012
- con l'effetto che le ricadute di tale attività di riconciliazione, in parte, si sono scaricate sulle componenti straordinarie attive e passive delle regioni.

VII.1.11 AMMORTAMENTI

Tale voce, pari a 2,654 miliardi di euro, costituisce l'intera quota di competenza dell'esercizio. Essa riporta il costo pro quota sostenuto per l'acquisto di beni ad utilità ripetuta (immobili, macchinari, apparecchiature, altri beni di d'investimento) la cui caratteristica è quella di avere un utilizzo che si manifesta in una pluralità di esercizi. La relativa valorizzazione, che si accompagna sul lato delle entrate, alla valorizzazione della eventuale quota di entrate preordinate per la relativa copertura (costi capitalizzati), è stata effettuata sui conti a partire dal 2011, laddove i valori riportati si riferiscono alle verifiche che i Tavoli tecnici hanno effettuato sulla base delle informazioni fornite dalle regioni, attraverso una specifica rilevazione condotta. A decorrere dal 2012, di seguito all'entrata in vigore del processo di armonizzazione dei procedimenti contabili previsto dal decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, gli ammortamenti concorrono alla determinazione del risultato di esercizio, senza alcuna esclusione, secondo i principi dettati dall'articolo 29 ,lettera b) del citato decreto legislativo 118/20011.

7.2 FINANZIAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Le risorse destinate al finanziamento del SSN per l'anno 2012, non considerando i ricavi della gestione straordinaria e quelli per l'intramoenia, che sono stati considerati come saldo nel livello di spesa (Tabella SA-1), ammontano complessivamente a 112,641 miliardi di euro¹⁰, di cui 111,994 miliardi di euro riferiti alle regioni e alle province autonome e 0,647 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, del settore pubblico allargato e dei privati. L'importo del finanziamento riportato nella Tabella SA-1 risulta al netto dei 50 milioni di euro in favore dell'Ospedale Bambino Gesù, per effetto di quanto previsto dall'articolo 22, comma 6, del DL 78/2009 convertito nella legge 102/2009, che dispone l'erogazione diretta da parte dello Stato all'Ospedale medesimo.

Il rapporto tra finanziamento complessivo del SSN e PIL si attesta al 7,3 %, più alto rispetto a quello dell'anno precedente pari a 7,1 .

Fino all'anno 2012, a seguito della predeterminazione in sede di legge di stabilità e in accordo con le regioni del livello complessivo del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale (che corrisponde alla quota di PIL che lo Stato, in concorrenza con le altre funzioni, destina alla funzione sanitaria), la ripartizione del suddetto finanziamento tra le regioni è stata effettuata sulla base della popolazione residente pesata, con pesi che tengono conto del profilo dei consumi sanitari della popolazione residente, suddivisa per classi di età. La procedura di determinazione dei fabbisogni standard regionali è stata ora modificata dal D. Lgs. 68/2011, con decorrenza a partire dal 2013, anno in cui il fabbisogno nazionale standard,

¹⁰ 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, stanziate 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 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.

Si fa in ogni caso presente che nel livello di finanziamento sono state considerate le voci di ricavo "Costi capitalizzati" e "Rivalutazioni finanziarie" .

predefinito dal quadro macro-economico, verrà ripartito a livello regionale sulla base dei costi medi pro-capite pesati delle tre regioni benchmark selezionate, per ciascuno dei tre macrolivelli di assistenza (prevenzione, distrettuale e ospedaliera). Tali costi medi costituiranno gli standard da applicare alla popolazione di ciascuna regione pesata con i pesi utilizzati in sede di riparto per l'anno 2011¹¹.

L'incremento percentuale del finanziamento complessivo del SSN a livello nazionale, è dell'1, %, mentre l'anno precedente era del 2,2.

A tale minore crescita hanno concorso le manovre di contenimento adottate a livello nazionale, che hanno comportato la riduzione del livello di finanziamento ordinario a carico del bilancio dello Stato. Nel 2011 e 2012, difatti, tale livello è stato ridotto in misura corrispondente alle manovre introdotte in tali anni. Lo stesso, comunque, seppure rideterminato al ribasso ha mantenuto comunque un andamento crescente in ambedue gli anni. La variazione percentuale del livello di finanziamento superiore a quello della spesa fa emergere che le misure di contenimento messe in campo, sia a livello nazionale (es. blocco dei contratti collettivi nazionali di lavoro, interventi in materia di contenimento della spesa farmaceutica, e con le recenti norme della "spending review" in materia di acquisti dei beni e servizi e acquisto di prestazioni da privato ecc.) sia a livello regionale per effetto delle misure messe in atto per l'attuazione dei piani di rientro e dei programmi operativi (es. accreditamento degli operatori privati con l'assegnazione di tetti di spesa e attribuzione di specifici budget, riorganizzazione della rete ospedaliera ecc.) hanno consentito il mantenimento di una certa sostenibilità del sistema sanitario.

A livello territoriale, con riferimento ai ricavi complessivi del SSN, si assiste ad una ampia differenziazione dei valori pro-capite, passando da un minimo di 1.756 euro in Campania ad un massimo di 2.267 euro nella Valle d'Aosta.

¹¹ Assistenza collettiva, 5% - popolazione secca;
Assistenza territoriale, 51%, di cui:
Medicina di base 7% - popolazione secca;
Assistenza specialistica 13,30% - popolazione pesata con pesi desunti da dati dei consumi presenti nell'NSIS;
Assistenza farmaceutica 13,61% - in proporzione alla quota complessiva del fondo sanitario di ogni regione;
Altro 17,09% - popolazione secca.
Assistenza ospedaliera, 44%, di cui:
22% - popolazione pesata con pesi desunti da dati dei ricoveri ospedalieri delle Schede di dimissione ospedaliera (SDO);
22% - popolazione secca.

Tabella pesi:

Livello di assistenza	meno di 1 anno	da 1 a 4 anni	da 5 a 14 anni	da 15 a 24 anni	da 25 a 44 anni	da 45 a 64 anni	da 65 a 74 anni	oltre 75 anni
Specialistica	0,389	0,221	0,279	0,390	0,650	1,560	2,177	2,074
Ospedaliera	3,122	0,366	0,226	0,363	0,528	0,930	2,079	2,906

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

L'analisi sugli aggregati di finanziamento è riportata invece nella tabella SA-1, anche con riferimento all'andamento dei finanziamenti rispetto all'esercizio precedente.

VII.2.1. IRAP E ADDIZIONALE REGIONALE IRPEF

Sono state stimate dal competente Ministero dell'economia e delle finanze in 39,902 miliardi di euro, con un incremento del 4,6 % rispetto ad un incremento del 3,4 % nel 2012.

VII.2.2. FONDO PER FABBISOGNO SANITARIO EX DECRETO LEGISLATIVO 56/2000 (FEDERALISMO FISCALE: IVA E ACCISE)

Ammonta a 52,969 miliardi di euro, con un decremento pari all' 1,6%, rispetto al 2011, in cui si registrava un incremento dello 0,6 %.

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.

VII.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 Val 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 2012, nella misura del 49,11 %, è a parziale copertura del fabbisogno medesimo.

Vengono ricompresi, inoltre, gli ulteriori trasferimenti da parte della regione o della provincia autonoma a carico dei rispettivi bilanci, comprese le risorse

aggiuntive al fine di garantire l'equilibrio economico-finanziario, nonché quelli da parte del settore pubblico allargato (altre amministrazioni statali, province, comuni) e di quello privato.

Alla data del 2 maggio 2013, dati SIS relativi al 4° trimestre 2012, 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 0,766 miliardi di euro, risultano pari a 10,367 miliardi di euro, con un decremento pari a 3,6%, mentre nel 2011 si registrava un decremento del 2,2%.

VII.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 2 maggio, dati NSIS relativi al 4° trimestre 2012, risultano pari a 3,077 miliardi di euro, con un incremento del 2,7 %, mentre nel 2011 si registrava un incremento del 2,8%.

VII.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 4,004 miliardi di euro, con un incremento del 3,6 %, come nel 2011.

VII.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 0,647 miliardi di euro, con un incremento del'1%, mentre nel 2011 si registrava un incremento dell'13,9%.

VII.3 IL RISULTATO DI ESERCIZIO

Il risultato d'esercizio del 4° trimestre 2012, come risultante dai dati trasmessi al NSIS e prima delle coperture, ammonta complessivamente a circa 1,043 miliardi di euro e risulta in diminuzione rispetto al 2011.

Al riguardo, relativamente alla modalità di determinazione del risultato di esercizio, occorre precisare che:

- già a partire dal 2011, il “Tavolo” ha incluso nel calcolo della determinazione dei risultati di esercizio anche parte degli ammortamenti non sterilizzati e più precisamente, sulla base di quanto convenuto nelle riunioni del 24 marzo 2011 e del 4 novembre 2011, nel calcolo sono stati contabilizzati gli ammortamenti non sterilizzati relativi ai beni entrati in produzione nel 2010 e nel 2011, salvo diversa indicazione delle regioni che hanno scelto di coprire tutti gli ammortamenti non sterilizzati di competenza dell'anno;
- dal 2012, sulla base di quanto convenuto nelle predette riunioni del 24 marzo 2011 e del 4 novembre 2011, nel calcolo devono essere contabilizzati tutti gli ammortamenti non sterilizzati di competenza dell'anno contabilizzati nei CE.

L'importo della perdita complessiva netta del SSN per l'anno 2012 è pari a 1,043 miliardi di euro (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 2012 alla data del 02 maggio 2013, con un decremento rispetto al 2011 del 17,3%.

L'andamento dei risultati di esercizio rileva un'inversione di tendenza dal 2001 al 2012, registrando una crescita media annua nel periodo 2001-2006 del + 15,39%, a -8,87% nel periodo 2007-2009 a - 31,54% nel periodo 2010-2012. A fronte di questi risultati a livello nazionale, alcune regioni successivamente interessate dai Piani di rientro (Liguria, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Sicilia e Sardegna) erano responsabili nel 2006 di un disavanzo complessivo di 4,483 mld di euro, pari ad oltre l'80% del disavanzo del settore sanitario, mentre le regioni impegnate nei Piano di rientro nell'anno 2012 (Piemonte, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia Calabria e Sicilia) sono responsabili di una disavanzo complessivo di 1,042 mld di euro, per una percentuale pari a circa il 74%. Ciò a testimonianza del fatto che la normativa in materia di Piani di rientro ha prodotto sicuramente un miglioramento delle performance in materia di controllo della spesa, tanto che i costi hanno registrato un incremento percentuale medio annuo, nel periodo 2001-

2006 del 6,97%, nel periodo 2007-2009 del 2,99% e nel periodo 2010-2012 dello 0,88%.

La migliore performance dei risultati di gestione a livello nazionale osservata è da legarsi all'impianto normativo messo in atto dal legislatore a seguito della sottoscrizione del Patto per la salute del 3 dicembre 2009 e dell'attuazione dei Piani di rientro che hanno visto la data del 31 dicembre 2009 come l'anno di conclusione del triennio di valenza dei Piani, proseguito poi con la predisposizione dei Programmi operativi da parte delle Regioni Lazio, Abruzzo, Molise, Campania e Sicilia, in virtù delle disposizioni contenute nell'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009 n. 191 e dall'articolo 11, comma 1, del decreto 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122. Nell'anno 2009 è entrata in Piano di rientro la regione Calabria e nel 2010, con piani di minore complessità, anche le Regioni Piemonte e Puglia.

I risultati di esercizio riportati nelle tabelle precedenti sono quelli prima delle coperture, ovvero quelli strutturali senza considerare le coperture predisposte dalle regioni e province autonome attraverso il ricorso alle proprie fonti di finanziamento (es.leva fiscale, risorse a carico del bilancio regionale preordinate ex post a copertura delle perdite registrate nei precedenti anni).

Gli stessi risultati di gestione contengono, invece, gli interventi di copertura disposte dalle Regioni e contabilizzate nei conti economici a carico dei rispettivi bilanci per assicurare ex ante l'equilibrio economico-finanziario che, per il 2012, ammontano a 180milioni di euro e sono riferiti, in particolare, alle Regioni Piemonte, Liguria, Emilia Romagna

Relativamente alle regioni a statuto speciale Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Sardegna e le province autonome di Trento e Bolzano, il fabbisogno sanitario è interamente coperto dalle stesse regioni che, a normativa vigente, si autofinanziano e non ricevono trasferimenti a titolo di finanziamento del SSN da parte dello Stato.

I risultati di gestione esposti scontano al loro interno, quindi, per quanto riguarda le Regioni a statuto speciale Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia e Sardegna e le Province autonome di Trento e Bolzano gli ulteriori trasferimenti a carico dei rispettivi bilanci a copertura dei livelli di fabbisogno ulteriori rispetto ai Lea che, per l'anno 2011, ammontano complessivamente a circa 766 milioni di euro.

Per una migliore comprensione degli effetti prodotti dalla normativa nazionale in materia di strumenti di programmazione e controllo di piani di rientro, si riepilogano qui di seguito gli aspetti più salienti della normativa intervenuta negli anni 2011 e 2012 per effetto delle seguenti disposizioni:

- 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;

- 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;

- articolo 1, comma 23-bis d.l. 138/2011 convertito con modificazioni nella legge 148/2011, che prevede che per le Regioni sottoposte ai Piani di rientro per le quali in attuazione dell'articolo 1, comma 174, quinto periodo, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, è stato applicato il blocco automatico del turn over del personale del servizio sanitario regionale, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentito il Ministro per i rapporti con le Regioni e per la coesione territoriale, su richiesta della Regione interessata, può essere disposta la deroga al predetto blocco del turn over, previo accertamento, in sede congiunta, 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, della necessità di procedere alla suddetta deroga al fine di assicurare il mantenimento dei livelli essenziali di assistenza, il conseguimento di risparmi derivanti dalla corrispondente riduzione di prestazioni di lavoro straordinario o in regime di autoconvenzionamento, nonché la compatibilità con la ristrutturazione della rete ospedaliera e con gli equilibri di bilancio sanitario, come programmati nel piano di rientro, ovvero nel programma operativo e ferma restando la previsione del raggiungimento dell'equilibrio di bilancio;

Un ulteriore rafforzamento degli strumenti di governo e di programmazione è rappresentato dal processo diretto a pervenire alla certificabilità dei bilanci delle aziende sanitarie e delle regioni che è previsto dall'articolo 11 del Patto per la salute per il triennio 2010-2012, sottoscritto il 3 dicembre 2009.

In particolare il decreto legislativo 118/2011 recante disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio ha introdotto, nel titolo II, i principi contabili generali e applicati per il settore sanitario. Successivamente sono stati emanati i decreti interministeriali di adozione della casistica applicativa per le aziende e per l'implementazione della contabilità economico-patrimoniale della Gestione Sanitaria accentrata (GSA), al fine di assicurare la conciliazione con i dati di contabilità finanziaria delle regioni e 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 dettati dall'articolo 29 del decreto legislativo 118/11.

Gli esiti della valutazione straordinaria (DM 18 gennaio 2011) rappresentano la base di partenza per la stesura, da parte di ciascuna Regione, dei piani attuativi del percorso di certificabilità dei bilanci cui è funzionale l'adozione dei nuovi modelli di rilevazione CE e SP per gli enti del SSR (decreto 15 giugno 2012) e la

definizione dei principi contabili relativi all'implementazione e alla tenuta della contabilità di tipo economico-patrimoniale della gestione sanitaria accentrata (decreto 17 settembre 2012). Un processo proseguito nel 2013 con l'adozione a seguito dell'intesa della Conferenza Stato-regioni dei decreti relativi alla revisione degli schemi di bilancio e nota integrativa di cui al decreto legislativo 118/2011 (dm 20 marzo 2013) e alla adozione del percorso attuativo della certificabilità di cui al decreto ministeriale del 1° marzo 2013.

In conclusione, va evidenziato che in un contesto federalista quale quello che si è andato delineando negli ultimi anni ed in considerazione della necessità di definire i "costi standard" delle regioni maggiormente rappresentative in termini di best practise, appare evidente con il processo di certificazione dei dati contabili debba restare imprescindibile. E' solo partendo da costi certi che sarà possibile, difatti, individuare costi standard attendibili, qualunque sia la metodologia adottata per calcolarli e per calcolare in maniera attendibile misure di efficienza nell'erogazione dei servizi.

VII.4 RICERCA E SPERIMENTAZIONE

A decorrere dal 1993, ai sensi dell'art. 12 del decreto legislativo 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 Nazionale per i servizi sanitari regionali (tabella SA-15).