

E' vero che sul 2004 si è in effetti scaricato l'onere per rinnovo contrattuale del personale dipendente dei livelli e in parte della dirigenza medica e non medica, il quale avrebbe invece dovuto pesare sul 2003. E' perciò probabile che a tale anno sia stato riferito da parte delle stime governative. Resta tuttavia il fatto che l'incremento del 2% avrebbe richiesto una più corretta e realistica valutazione della spesa 2004 quale base di partenza, non solo per includervi il costo a regime dei rinnovi contrattuali, ma per tenere conto della differente incidenza percentuale di tale incremento che nelle varie realtà regionali varia da un minimo dell'1% ad incidenze del 5,6% e oltre. Lo scomputo, riferito globalmente al dato di comparto, penalizza le Regioni che hanno maggiormente risentito degli effetti del contratto, diminuendo di altrettanto il parametro di riferimento. Da dire poi che per il 2005 grava l'ipoteca dei contratti in corso per la dirigenza e per la medicina convenzionata.

Questioni ancora aperte, oltre agli effetti degli ulteriori rinnovi contrattuali, sono poi quelle relative agli immigrati regolarizzati, il cui impatto pro-capite è riconosciuto solo nella percentuale del 50%, e ai disavanzi IRCCS, i cui ripiani, se paiono sanati da parte del livello centrale, con l'accantonamento di 550 milioni di euro nell'ambito del complessivo ripiano di 2.000 milioni riconosciuto alle Regioni per i disavanzi 2001-2003, prosciugano di altrettanto il margine di copertura riservato ad un ammontare di deficit di quasi 10 miliardi di euro complessivamente registrati nel triennio. Senza contare poi che nessun contributo statale è previsto per ripiano deficit dell'anno 2004 (3,5 miliardi), malgrado la riconosciuta sottostima del finanziamento anche per tale anno, da colmare da parte regionale anche in virtù della eccezionale possibilità –concessa in deroga solo a tale scopo– di ricorrere alla leva fiscale tramite aumento dell'addizionale IRPEF e maggiorazione aliquota IRAP (co. 174).

Va infine considerato che, a fronte dei risparmi attesi dal contenimento della spesa sanitaria per il 2005, circa 2.000 milioni vanno ricondotti al settore farmaceutico (così la relazione tecnica al d.d.l.) e rinvengono da quanto disposto all'art.1, comma 165 della finanziaria, la quale rimanda alle disposizioni recate dal d.l. 30 settembre 2003 n.269 (art. 48, co.5), convertito con legge 326/03¹⁰⁴ e da realizzarsi da parte dell'Agenzia italiana del farmaco (AIFA)¹⁰⁵. I risultati dell'anno 2004, con circa 12 miliardi di costi, non depongono a favore dell'obiettivo programmato per il 2005 (11,5 miliardi), specie con riguardo ad alcune Regioni (v. in dettaglio, parag. 5).

¹⁰⁴ Il d.l. 269/03 ha costituito un anticipo di manovra finanziaria 2004 per la correzione dell'andamento dei conti pubblici.

¹⁰⁵ Il risparmio indicato da Governo nella relazione tecnica deriva dal confronto tra l'importo per spesa farmaceutica inglobato nelle stime tendenziali 2005 (16.155 milioni con riferimento al tetto del 16%, di cui 12.523 milioni con riferito al tetto del 13%) e l'importo derivante dalla realizzazione dell'obiettivo di riduzione (rispettivamente, 14.120 milioni e 11.473 milioni)

2 Il limite del 2 per cento all’evoluzione della spesa sanitaria

Cruciale in realtà è la definizione di un tasso di crescita pari al 2 per cento, previsto dal comma 173 (art. unico) della legge 311/2004 riferito non solo al 2005 ma anche agli anni a venire, sino al 2007; il che comporta una assai poco plausibile evoluzione del settore ad un tasso inferiore a quello previsto per il PIL nominale.

A tale proposito va pure ricordato come in questi ultimi anni l’evoluzione della spesa sanitaria misurata per un triennio –pur frenata dai recenti provvedimenti di contenimento– abbia tuttavia segnato livelli medi di crescita di poco inferiori al 5 per cento¹⁰⁶.

Seria preoccupazione per il risultato 2004 è stata del resto espressa fin dallo scorso anno da questa Corte che nella relazione annuale inviata al Parlamento non ha mancato di avvisare come sembrasse prendere effettiva consistenza la previsione di un disavanzo semmai superiore a quello dell’anno precedente¹⁰⁷.

Notava ancora la relazione dello scorso anno come la spesa sanitaria, “tirata da una bassa dinamica della produttività del lavoro, associata ad inevitabile crescita del suo costo per unità di prodotto, manifesta una strutturale tendenza ad evolvere ad un tasso superiore al PIL nominale”¹⁰⁸. Il che è ulteriormente confermato dalle stime formulate dal Governo nel DPEF 2005-2008, le quali segnalano un tasso di crescita medio della spesa sanitaria, nel periodo, del 3,7%; percentuale questa che tiene già conto degli effetti di contenimento recati dalle misure introdotte con la decretazione di urgenza degli scorsi anni¹⁰⁹.

La tendenza alla crescita dei costi in sanità è in realtà riconducibile al congiunto operare di due determinanti: il ruolo del progresso tecnologico e l’invecchiamento della popolazione. Ora, se alle dinamiche demografiche viene generalmente riconosciuta specifica influenza, tant’è che se ne tiene conto nella ripartizione della quota di finanziamento, non minore evidenza

¹⁰⁶ Di una evoluzione in crescita di circa il 5%, nella media del triennio 2001-2003, dava avviso la Corte dei conti nella *Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni*, approvata nel giugno 2004 (Del. 9/2004) che peraltro segnalava come il risultato del 2003, positivamente influente nell’abbassare la media del triennio, solo apparentemente segnasse una flessione, in realtà dovuta al fatto che i dati di costo figurano al netto della spesa per rinnovo del contratto 2002-2003 del personale del comparto del SNN. Del 7,9%, per il triennio 2000-2002, è la crescita annuale media rilevata dalla *Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni* approvata dalla Corte dei conti nel giugno 2003 (Del. 5/2003). Fa riferimento ad un quadriennio, 1999-2001, la *Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni*, approvata nel giugno 2002 (Del. 4/2002) per evidenziare la crescita media della spesa del 6,7%.

¹⁰⁷ Corte dei conti, *Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni*, Del. Sez. delle Autonomie, n. 9/2004, pag. 150.

¹⁰⁸ *Idem*, 161.

¹⁰⁹ Il d.l. 269 prevedeva, in particolare, una serie di regole in tema di monitoraggio della spesa sanitaria e di appropriatezza delle prescrizioni sanitarie. Fra queste, l’introduzione della ricetta medica a lettura ottica e il collegamento telematico fra strutture sanitarie e il Ministero dell’Economia e delle Finanze, con obbligo per le regioni di assicurare la trasmissione dei dati relativi alle strutture sanitarie e alla medicina di base, a pena della sanzione del taglio delle integrazioni al finanziamento del SSN per gli anni 2003,2004 e 2005. Ulteriori vincoli erano per la spesa farmaceutica, ove al tetto del 13% è stato affiancato l’ulteriore limite del 16% riferito anche alla pesa per distribuzione diretta.

andrebbe assegnata agli effetti conseguenti il progresso tecnologico e alla introduzione di tecniche di avanguardia, con nuove ma più costose possibilità di cura. Il che vuol dire che la tendenza all'aumento dei costi è in buona parte sostenuta da fattori strutturali che si riferiscono anche alle caratteristiche intrinseche dell'offerta.

L'intento di restrizione in sanità si scontra, del resto, con un sempre più ampio confine riconosciuto al diritto alla salute universalmente riconosciuto. Un aiuto al contenimento della spesa può solo venire da quei miglioramenti ottenibili con ulteriori guadagni di efficienza. L'interrogativo, al quale tuttavia le attuali politiche redistributive non sembrano dare risposta, è se le Regioni che espongono maggiori problemi di finanziamento non siano poi quelle che dovrebbero recuperare maggiori margini di efficienza. Indici di attività e prestazioni sotto media sono stati riscontrati nei confronti delle Regioni del Sud e nella relazione per il Parlamento dello scorso anno vi è un esplicito richiamo all'esigenza di interventi volti a sollecitare "un più elevato indice di appropriatezza" in queste Regioni¹¹⁰.

Per concludere sul punto, va detto come a tutt'oggi manchino chiari obiettivi di riorganizzazione sanitaria ai quali legare realistici risparmi di spesa, mentre l'urgenza di un immediato ma troppo velleitario contenimento riproduce la logica dei tagli e vincoli indiscriminati che rischiano, come già in passato, di essere pesantemente contraddetti da disavanzi a consuntivo.

Un esempio a chiarimento può essere quello del finanziamento degli investimenti in sanità troppo poco assistiti dalle assegnazioni rivenienti dall'art. 20 della legge 67 del 1988 e meno ancora evidenziati nelle contabilità aziendali, mentre alla rimodulazione della rete ospedaliera è affidata la scommessa di più appropriata e efficiente offerta cui legare la riduzione dei costi in virtù dell'eliminazione di ricoveri inappropriati.

¹¹⁰ Corte dei conti, *Relazione*, giugno 2004, cit., pag. 161.

3 Spesa sanitaria 2005 e patto di stabilità. L'intesa del 23 marzo 2005 e il superamento di regole condivise

La finanziaria 2005 sembra, a una prima lettura, recare un cambiamento delle regole sin qui valevoli a definire limiti e vincoli all'attività di spesa delle Regioni a statuto ordinario. La sanità pare infatti staccarsi in modo definitivo dalla disciplina del patto di stabilità e trovare un percorso autonomo rispetto alle linee tracciate per le altre spese regionali¹¹¹.

Il comma 24 della legge 30 dicembre 2004 n. 311 stabilisce infatti che l'incremento del 4,8% delle spese regionali, correnti e in conto capitale, va commisurato all'ammontare realizzato nell'anno 2003 al netto, fra le altre, delle spese per la sanità, disciplinate con normativa *ad hoc* da altre norme recate nella stessa finanziaria.

Senonché, a destare un primo interrogativo a riguardo è la successiva disposizione recata al comma 26, ove il quadro delle regole e delle eccezioni poste al patto di stabilità interno include alcune opzioni di copertura dei disavanzi delle gestioni sanitarie, cui possono essere destinate nuove entrate derivanti anche da alienazione di beni immobili regionali. Inoltre l'intesa prevista dal comma 173 della finanziaria 2005, siglata il 23 marzo 2005, condiziona, come già nel passato, l'accesso al maggiore finanziamento per l'anno 2005 al rispetto del patto di stabilità interno (allegato 1).

Altro interrogativo è suscitato dal vincolo generalizzato a tutte le amministrazioni pubbliche che impone di star dentro, nel 2005, ad un incremento di costo del 2% rispetto all'anno precedente.

Si è già detto come questo 2% si trasformi poi nel 4,8% per gli andamenti di spesa regionale. Intanto è bene notare che questo 4,8% regola l'evoluzione di tutta la spesa regionale, ivi compresa quella sanitaria.

Va, peraltro, messo in chiaro come con la finanziaria 2005 risulti definitivamente stravolto il disegno che agli accordi e alla leale collaborazione fra livelli di governo aveva affidato il finanziamento della sanità e la tenuta degli equilibri.

La finanziaria 2005 rappresenta il definitivo superamento della logica concertativa e pattizia che aveva connotato le relazioni Governo-Regioni a partire dall'accordo dell'agosto

¹¹¹ In realtà anche per gli anni precedenti, a partire dall'accordo dell'8 agosto 2001, il patto di stabilità era disciplinato al netto della spesa sanitaria. Il che peraltro non ha impedito alla Corte dei conti (*Relazione sulla gestione finanziaria delle regioni 2001-2002*) di osservare che le spese relative all'assistenza sanitaria “seppure diversamente regolate sulla base dell'accordo dell'8 agosto 2001, rientrano pur sempre nella complessiva disciplina del patto di stabilità interno, specie con riguardo agli stretti vincoli fissati all'evoluzione del fabbisogno 2002-2004”.

2000, poi seguito da quello dell’agosto 2001. Il primo, recepito in finanziaria (legge 388/2000), l’altro, nel d.l. 347 del 2001 convertito con legge 405/01.

Nel giro di quei due anni i rapporti centro-periferia si sono svolti sulla base di reciproca collaborazione, nell’ambito di intese raggiunte con supporto di tavoli tecnici operativi, tramite i quali si è inteso pervenire ad una evoluzione del finanziamento in sanità fondato sul costo dei livelli di assistenza e delle prestazioni, definitivamente slegato dalle reiterate contrattazioni e annuali sottostime¹¹². Un nuovo sistema, dunque, fondato su accordi, ove la responsabilizzazione dei due livelli di governo si è innestata su un piano di reciproci obblighi, collegati e corrispettivi.

Una corrispettività, tuttavia, che si è progressivamente allentata a causa delle mancate risposte da parte del Governo, non estranea certo la difficile congiuntura economica e dei conti pubblici, che hanno riguardato specialmente l’aspetto dei finanziamenti, le cui erogazioni di cassa, bloccate dalle verifiche annuali sul rispetto dei patti e al contempo condizionate dai complessi meccanismi del nuovo sistema di finanziamento regionale e sanitario introdotto dal d.lgs. 56/2000, hanno subito slittamenti di oltre due anni con rilevante mole di crediti da parte regionale e consistente necessità di ricorso a costose anticipazioni¹¹³.

Sin dal 2002, il sistema di regolazione dei rapporti fondato su accordi mostra già segni di debolezza. Mentre i disavanzi non cessano di riprodursi, emergono le ragioni di malessere e di conflitto. A fronte di un numero di adempimenti, obblighi, prestazioni sempre più dettagliati, numerosi e costosi, imposti al versante regionale, la mancata erogazione di risorse promesse e dovute, coniugandosi poi con il blocco della fiscalità, solo in parte ripristinato con la finanziaria 2005¹¹⁴, ha determinato il venir meno di una disponibilità regionale alla concertazione, con rifiuto ad addivenire ad intese prive di realistica fattibilità. La richiesta, da parte regionale, di un nuovo patto per la sanità, che tenesse conto dell’esigenza di ricalibrare i livelli essenziali di assistenza con i relativi costi, non ha avuto soddisfacente risposta. Eppure, nell’ottobre 2004, in sede di audizione dinanzi alle Commissioni riunite di Camera e Senato lo stesso Ministro

¹¹² Con l’accordo 22 novembre 2001, sancito nella Conferenza Stato Regioni, vengono definiti i livelli esenziali di assistenza sanitaria (LEA) da garantire a tutti i cittadini a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa. Al punto 8 dell’accordo si conviene che la definizione dei LEA è fatta e perciò corrisponde all’ammontare di risorse definite per gli anni 2002-2004 dall’accordo dell’8 agosto 2001. La definizione dei LEA è poi seguita all’accordo, recepito nel DPCM 29 novembre 2001.

¹¹³ Di vera e propria emergenza di cassa parlano i rappresentanti della Conferenza dei Presidenti delle regioni in audizione dinanzi alle Commissioni riunite, V^a, di Camera e Senato, il 7 ottobre 2004, che quantificano in alcune decine di miliardi il credito maturato dagli enti regionali a tale data (Resoconto della seduta, pag. 9)

¹¹⁴ I commi 174 e 175 dell’unico articolo della finanziaria 2005 dispone che in ipotesi di disavanzi di gestione le Regioni debbano provvedere a anare tale squilibrio eventualmente ricorrendo ad aumenti dell’addizionale IRPEF e a maggiorazioni dell’aliquota IRAP entro i limiti di legge e in deroga al blocco della fiscalità (v. anche co. 61 che richiama il 175).

dell’Economia riconosceva la necessità di rimodulare i finanziamenti per la sanità perché in realtà essi risultavano notoriamente sottostimati.

La Conferenza Stato Regioni, più volte convocata nel corso della approvazione del d.d.l. finanziaria 2005, non ha segnato progressi alla volta di una trattativa condivisa; al contrario, ha visto le Regioni allineate nel rifiutare obiettivi di contenimento della spesa sanitaria ritenuti del tutto irrealistici.

A differenza degli anni passati, nella finanziaria 2005, per la prima volta, l’intesa non solo è prevista in finanziaria dopo che il legislatore nazionale ha già definito vincoli e tetti, ma oltre tutto viene imposta quale condizione per l’accesso ad un finanziamento non condiviso.

Un’intesa, paradossalmente obbligatoria, sia per la necessità di addivenirvi, sia per il contenuto sostanzialmente già fissato in finanziaria. Essa è stata siglata il 23 marzo 2005, contestualmente all’intesa per la ripartizione del finanziamento, e prevede numerosissimi adempimenti gestionali il cui puntuale rispetto sarà verificato da un Tavolo tecnico istituito presso il Ministero dell’Economia e delle Finanze, mentre efficienza e appropriatezza nell’utilizzo delle risorse saranno controllate da un Comitato paritetico permanente istituito presso il Ministero della Salute¹¹⁵.

In particolare, spetta al Tavolo tecnico la valutazione di aspetti ritenuti influenti sugli andamenti della spesa sanitaria il cui adempimento è condizione per l’accesso al maggiore finanziamento previsto con la finanziaria 2005¹¹⁶.

Per una complessiva valutazione degli obblighi gestionali e organizzativi complessivamente imposti, va innanzitutto segnalato che essi, puntualmente richiamati nell’allegato 1 dell’intesa, recepiscono tutti i precedenti obblighi rivenienti dalla passata legislazione e precisamente quelli originariamente previsti dal d.l. 374/2001 convertito con la legge 405/2001, cui sono stati aggiunti quelli recati dal d.l. 63/2002 convertito con la legge 112/2002, dalla legge 289/2002 (art. 52) dal d.l. 269/2003 convertito con la legge 326/2003, nonché dalla legge 350/2003.

Essi hanno trovato puntuale elencazione nei precedenti referti di questa Corte cui si fa rinvio. Merita di essere richiamato tuttavia l’obbligo di adeguamento –ai fini dell’accesso al maggiore finanziamento– alle prescrizioni del patto di stabilità interno che resta perciò ancora legato intimamente alla gestione sanitaria (Allegato 1 all’intesa, lett. d).

¹¹⁵ Il Comitato paritetico si avvale del supporto tecnico dell’Agenzia per i servizi sanitari e opera sulla base delle informazioni del sistema di monitoraggio e garanzia di cui al d.M. 12.12.2001 e dei flussi informativi afferenti al nuovo sistema informativo sanitario (NSIS).

¹¹⁶ Un tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali era già stato istituito con accordo Governo-Regioni del 16 dicembre 2004, in attuazione a quanto previsto all’art. 3, co. 33 della legge 24 dicembre 2003 n. 350.

Fra i nuovi obblighi imposti con l'intesa 2005, sono da segnalare il conferimento di dati al Ministero della Salute per favorire il monitoraggio della spesa¹¹⁷, nonché l'adozione di provvedimenti volti a calmierare l'offerta e la domanda ospedaliera¹¹⁸.

Di maggiore rilievo il vincolo alla crescita delle voci dei costi di produzione, del 2% al netto dei costi del personale, che in qualche modo sembra introdurre un nuovo e diverso obiettivo non del tutto coerente con quell'equilibrio complessivo del sistema sanitario regionale che evocato da diverse disposizioni della stessa finanziaria 2005 sembra invece privilegiare equilibri complessivi in rapporto ai finanziamenti annuali (v. co. 182, 173 lett. f e art. 8, co. 2 lett. a dell'intesa).

L'articolazione per l'accesso ai maggiori finanziamenti viene sottoposto ad una complessa procedura laddove, se il 95% va assicurato e solo il restante 5% condizionato all'esito delle verifiche, il monitoraggio trimestrale e gli esiti provvisori dell'anno separano la sorte delle Regioni con risultati di disavanzo le quali, oltre ai provvedimenti contingenti –ivi compresa la deroga al blocco della fiscalità– debbono addivenire ad un accordo con Salute e Economia valevole a individuare le cause del disavanzo e gli interventi necessari a fronteggiarlo. Di qui le ulteriori verifiche sull'attuazione di questo accordo che, in base all'art. 8 dell'intesa, articola poi l'accesso al maggior finanziamento nella misura dell'80% per le Regioni comunque adempienti quanto all'equilibrio economico-finanziario e al mantenimento dei livelli essenziali ma inadempienti agli obblighi indicati all'allegato 1 (il rimanente 20% viene comunque condizionato alle ulteriori verifiche sull'attuazione dell'accordo); solo il 40% del maggiore finanziamento spetterebbe invece alle Regioni che non garantiscono l'equilibrio economico-finanziario o il mantenimento dei livelli.

Quanto ai tempi per le erogazione dei finanziamenti aggiuntivi, va ricordato che il Tavolo tecnico effettua le prime valutazioni sui risultati dell'anno precedente, entro il 30 luglio; ne riferisce al Tavolo politico, la cui istituzione è prevista dall'intesa¹¹⁹, che esprime il suo parere entro il 30 settembre. Entro il 15 ottobre dovrebbe seguire l'erogazione del saldo per le Regioni adempienti a tutte le condizioni, mentre per quelle inadempienti scatta –come si è detto– l'esigenza di sottoscrizione del sopra citato accordo alla cui attuazione, con tempi certo non

¹¹⁷ Il conferimento dei dati, già previsto con il d.l. 269/2003, va inquadrato nell'ambito del nuovo sistema informativo sanitario (NSIS) che intende migliorare il grado di conoscenza e controllo sulle dinamiche gestionali della sanità regionale.

¹¹⁸ Sono previsti limiti ai posti letto x 1000 abitanti e tasso di ospedalizzazione del 180 x 1000, assicurando in alternativa programmi di assistenza domiciliare e semiresidenziale, calmierando inoltre le lungodegente tramite la modulazione delle tariffe.

¹¹⁹ Il Tavolo politico è composto: per il Governo, dal Ministro dell'economia o suo delegato, dal Ministro dell'Economia o suo delegato; per le Regioni, da una delegazione politica della Conferenza dei Presidenti delle Regioni e Province autonome.

brevi, viene subordinato l'accesso della quota residua del 20% o del 60% del maggiore finanziamento¹²⁰.

La breve esposizione dei meccanismi e delle clausole che condizionano l'accesso al finanziamento 2005 desta molte perplessità. Da dire che la finanziaria 2005, ma ancor più l'intesa, contengono automatismi molto più forti rispetto al passato per quanto riguarda:

- I. il monitoraggio della spesa, gli interventi di controllo sulle aziende;
- II. gli interventi in corso d'anno a correzione di andamenti negativi;
- III. gli impegni delle Regioni a farsi carico dei relativi "sforamenti";
- IV. fino ad arrivare a veri e propri commissariamenti e addirittura affiancamenti di rappresentanti della Salute, dell'Economia, delle Conferenza Stato Regioni, nelle attività di gestione e programmazione del servizio sanitario regionale.

L'intesa giunge perfino a prevedere forme di controllo preventivo demandate ai Ministeri della Salute e dell'Economia su provvedimenti di spesa regionali.

La complessità di tali meccanismi procedurali rischia di essere poco gestibile, con conseguenze gravemente pregiudizievoli per le gestioni sanitarie e per i riflessi deteriori destinati a ripercuotersi sui bilanci regionali, chiamati a far fronte ai lunghi percorsi procedurali con intese, accordi, verifiche e slittamenti nell'erogazione di quanto dovuto alle Regioni per la sanità.

¹²⁰ L'intesa 23 marzo 2005 ha in parte modificato le regole procedurali previste nel precedente accordo 16 dicembre 2004, per quanto attiene agli effetti dell'inadempimento regionale sul finanziamento integrativo che, per l'anno 2004, è ancora quello fissato con l'accordo 8 agosto 2001. Come pure differenti sono le regole sulle anticipazioni, sul saldo del 5% alle Regioni adempienti e sul recupero per quelle inadempienti.

4 Le gestioni sanitarie degli anni 2002-2004

4.1 Le difficoltà connesse al sistema di finanziamento

Permangono, per ciascuno degli anni considerati, risultati di esercizio delle gestioni sanitarie connotati da consistenti disavanzi, che smentiscono la corretta previsione del finanziamento del fabbisogno.

Gli obiettivi perseguiti con l'accordo del 8 agosto 2001 non si sono realizzati e la spesa per l'assistenza sanitaria negli anni 2002, 2003, 2004 è risultata strutturalmente superiore a quella convenuta.

Le Regioni –come già detto– avevano rivendicato la revisione di tale accordo, a fronte di nuove emergenze originate da fattori endogeni, quali l'invecchiamento della popolazione, il progresso tecnologico nella diagnostica strumentale, i maggiori costi per gli immigrati regolarizzati, la scadenza e perciò l'esigenza di rinnovo dei contratti nella sanità. Senonché, la finanziaria 2005 ha direttamente e autonomamente definito le nuove condizioni finanziarie e gestionali, imponendone il recepimento in una intesa.

E' venuto così a mancare uno dei presupposti su cui operare alla volta di un sistema di finanziamento finalmente affrancato dalle reiterate contrattazioni fra Governo e Regioni o, ancor peggio, da autonome determinazioni da parte del Governo centrale.

Il sistema di finanziamento previsto dal d.lgs. 56/2000, cui era affidato l'obiettivo di una coerente coniugazione fra esigenza di autonomia fiscale¹²¹ e principio di solidarietà –questo attuato tramite il fondo perequativo– ha incontrato una serie di problemi. I tempi previsti per la sua attuazione sono rimasti disattesi, tant'è che esso è risultato pienamente operativo solo per l'anno 2001.

Quanto all'anno 2002, a partire dal quale doveva iniziare a funzionare il meccanismo automatico di perequazione, consistente è stato lo slittamento temporale nella sua applicazione, avviata solo nel 2004 e del resto neppure conclusa. I DPCM di definizione dell'aliquota di compartecipazione all'IVA (37,39%) e di ripartizione fra le Regioni sono stati infatti emanati il 7 e il 14 maggio 2004. Senonché, a causa dell'insufficiente copertura del fabbisogno sanitario, lamentata da alcune Regioni del Mezzogiorno e dei ricorsi presentati alla Corte costituzionale e al TAR del Lazio, il Governo, con d.l. 30 dicembre 2004 n. 314, ha sospeso l'applicazione dell'art. 7 del d.lgs. 56/2000 e rinviata l'efficacia del DPCM 14 maggio 2004.

¹²¹ Il sistema postulava un complesso de tributi propri e la possibilità di modificare le loro aliquote con decisione autonoma.

In sostanza, mentre il pur graduale superamento del modello di finanziamento incrementale, fondato sulla spesa storica, è stato messo in discussione e contestato da alcune Regioni che alla scommessa sull'ampliamento di responsabilità fiscale non hanno aderito, per altro verso, c'è anche da dire che tale modello di finanziamento, a causa dell'andamento dei conti della sanità e dei dati di crescita dell'economia del nostro paese, si è dimostrato sostanzialmente inadeguato. L'idea era quella di definire un fabbisogno sanitario ed una copertura ad esso coerente per l'anno 2001 (c.d. anno zero), misurando per gli anni successivi una crescita del 3,5% annuo (accordo agosto 2001), a fronte di analoga o superiore evoluzione delle basi imponibili, in correlazione alla crescita del PIL. Ciò avrebbe determinato un incremento annuale di ricavi in sanità in corrispondenza all'evoluzione dei costi.

Peraltro, a causa della notevole crescita della spesa sanitaria e della contemporanea flessione del tasso di evoluzione dell'economia, è venuta a mancare, nel periodo considerato, la base di partenza su cui fondare il calcolo della compartecipazione IVA che avrebbe dovuto alimentare il fondo perequativo. Di conseguenza, le risorse regionali, anziché essere determinate dalla automatica crescita del gettito IVA, sono state definite, ancora una volta, sulla base della tradizionale procedura di contrattazione fra Governo centrale e Regioni, contravvenendo alla logica fondamentale del nuovo modello di finanziamento.

Da ricordare, a riguardo, che la sospensione del decreto 56 ha sino ad oggi interessato, non solo la definitiva ripartizione della compartecipazione IVA 2002, ma anche le attribuzioni definitive e le compensazioni relative agli anni 2003 e 2004, come pure le risorse da ripartire per il 2005.

Sistema provvisorio, dunque, quello attualmente seguito, ancorato al meccanismo delle anticipazioni di tesoreria e che ha determinato, specie per gli anni trascorsi, consistenti slittamenti nell'erogazione delle risorse, in parte mitigati con la finanziaria 2005 (art. 1, co. 184)¹²² la quale, con riferimento agli anni 2005-2007, prevede l'erogazione delle anticipazioni in misura pari al 95% della quota indistinta del fabbisogno sanitario risultante dalla deliberazione CIPE al netto delle entrate proprie e al netto altresì della quota di 1.000 milioni di euro (1.200 nel 2006, 1.400 nel 2007) trattenuta a garanzia del rispetto del tetto per la farmaceutica¹²³.

¹²² L'intesa del 23 marzo 2005 sembra limitare tale percentuale di erogazione della maggiorazione di finanziamento solo a favore delle Regioni che risultino adempienti ai numerosi obblighi definiti con l'intesa medesima e riscontrati positivamente al Tavolo tecnico (v. parag. precedente).

¹²³ Un primo avvio per il superamento delle criticità connesse con il meccanismo previsto dal d.lgs. 56/2000 va registrato nelle disposizioni recate all'art. 3, commi 30 e 31, della finanziaria 2004 (legge 24.12.2003 n. 350) le quali invertono il procedimento concessivo dell'integrazione al finanziamento e fissano le anticipazioni di tesoreria nella misura pari al 95% del fabbisogno sanitario deliberato dal CIPE ma con decisa penalizzazione nelle more di tale deliberazione, come pure nell'attesa del DPCM di cui all'art. 2 del d.lgs. 56/2000 e dell'accordo Governo-Regioni per la definizione del procedimento di verifica degli adempimenti regionali al patto in sanità, nell'attesa

Va infine notato come la sospensione dell'applicazione del d.lgs. 56/2000 sia stata altresì influenzata dall'esigenza di una sua conciliazione con il dettato del nuovo Titolo V della Costituzione, in relazione al quale e agli articoli 117, 118, 119 è stata istituita l'Alta Commissione di studio, incaricata di individuare i principi generali per il coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario. Il termine per la conclusione dei lavori, propedeutici all'intervento in materia del Governo, fissato originariamente al 31 marzo 2004 (finanziaria 2003), è slittato prima al 30 settembre 2004 (finanziaria 2004) e poi al 30 settembre 2005 (d.l. 3.8.2004 n. 220, conv. con legge 19.10.2004 n. 257, art. 1-*quinquies*). Entro questa data, previa intesa in sede di Conferenza Stato Regioni, il Governo dovrebbe approvare le proposte per l'adeguamento del d.lgs. 56/2000 ai principi contenuti nel Titolo V della Costituzione.

4.2 I risultati delle gestioni sanitarie. Aspetti metodologici

La ricostruzione dei risultati di esercizio, oltre che per il 2004, anche per gli anni 2002 e 2003 –sui quali si è già riferito con la relazione approvata lo scorso anno– è funzionale all'aggiornamento dei dati ivi riportati, per tenere conto dell'esito delle verifiche effettuate in sede di monitoraggio sulla corretta ricostruzione degli equilibri e le regolari appostazioni contabili.

Va chiarito a riguardo come il sistema di consolidamento dei conti, riferiti alle singole aziende sanitarie e ospedaliere di ciascuna realtà regionale, offra non poche difficoltà per la non sempre omogenea interpretazione in ordine al corretto metodo di classificazione di alcune poste di bilancio.

Del resto, seppure l'introduzione di un modello unico di bilancio, regolato sulla base delle disposizioni del codice civile, sia stato previsto sin dal 1992 (d.lgs. 502), tuttavia la sua applicazione ha riscontrato una tempistica differenziata, con adeguamento da parte della totalità degli enti solo a partire dal 2001. Va ricordato, poi, che con il d.m. 11 febbraio 2002 è stato anche rivisto il modello di bilancio in precedenza definito con d.m. 20 ottobre 1994: il che ha comportato, insieme agli adattamenti richiesti, ulteriori occasioni di divergenti comportamenti da parte delle singole aziende .

Maggiori sono poi le difficoltà allorché vi sia l'esigenza di riconciliare contabilità economica e contabilità finanziaria. Esigenza che si pone allorché l'obiettivo delle analisi non sia quello di valutare il risultato di esercizio delle singole aziende e la loro consistenza

dei cui passaggi condizionanti le anticipazioni sono commisurate al livello di finanziamento previsto dall'accordo Governo-Regioni 3 agosto 2000 (precedente a quello dell'8 agosto 2001 che ebbe a definire la necessaria integrazione finanziaria).

economico-patrimoniale, ma quello di individuare la formazione del fabbisogno consolidato regionale in rapporto al finanziamento disposto annualmente in finanziaria per la sua copertura.

La questione assume rilievo in quanto la contabilità economica perviene al risultato di esercizio tramite la somma algebrica di distinte parti del bilancio ciascuna calcolata come saldo fra costi e ricavi. Il fabbisogno dell’anno, con riferimento alla sua copertura –sia essa a carico dello Stato o in parte sostenuta dalle Regioni o tramite compartecipazioni– assume invece valenza finanziaria e va riferito alla complessiva spesa di parte corrente del servizio sanitario nazionale annualmente determinata quale obiettivo di finanza pubblica, ove l’eventuale travalicamento definisce il margine di mancato raggiungimento.

La difficoltà di tale riconciliazione dipende dalla differente interpretazione nella classificazione e, perciò, nel trattamento riservato ad alcune poste contabili. Speciale considerazione merita, a riguardo, la componente straordinaria del bilancio di esercizio e, con riferimento al passivo, la voce delle “sopravvenienze passive” (E0090) ove sono solitamente allocati gli arretrati dei costi dei rinnovi contrattuali i quali, se nell’anno 2004 hanno toccato la considerevole cifra di 1,2 miliardi di euro, anche negli anni precedenti hanno rappresentato oneri di non trascurabile rilievo (695 milioni nel 2003; 594 milioni nel 2002).

In realtà, in ordine alla componente straordinaria del bilancio andrebbe fatta maggiore chiarezza per meglio approfondire il criterio di classificazione e allocazione di alcune delle sue poste. Ed invero, considerare straordinario, quale “sopravvenienza passiva”, il costo degli arretrati dei rinnovi è quanto meno meritevole di riflessione dal momento che, non solo tale voce è annualmente ricorrente, ma è altresì prevedibile se non addirittura prevista, tanto che se ne sconta l’impatto sull’anno a venire¹²⁴.

In conclusione, dal momento che nella ricostruzione del fabbisogno dell’anno, espresso da ciascun consolidato regionale, deve prevalere, per coerenza con le esigenze di copertura, una logica finanziaria, è necessario che gli arretrati contrattuali siano computati al loro valore reale ed effettivo, mentre l’eventuale inclusione nel saldo delle poste attive e passive avrebbe l’effetto di ridurre artificiosamente il costo complessivo dell’esercizio.

La questione assume rilievo anche in termini di leggibilità e trasparenza delle gestioni sanitarie, laddove ne resterebbe frustrato l’obiettivo di ricostruzione dei costi dei rinnovi per il relativo biennio economico, una volta che gli arretrati fossero diluiti nei saldi.

Di tale anomalia non manca di tenere conto il comma 173 dell’articolo unico della finanziaria 2005 che, a fronte del tetto del 2% fissato alla crescita dei costi di produzione, lo

¹²⁴ Il modello ministeriale considera sopravvenienza passiva (E 0090) l’“evento straordinario non prevedibile che determina una variazione negativa del patrimonio...”.

depura, tuttavia, degli oneri contrattuali di competenza di precedenti esercizi, esclusione non necessaria qualora essi non fossero di per sé ricompresi nei costi di produzione.

Uguale attenzione occorre riservare alla compartecipazione a favore del personale per attività professionale *intramoenia*, da valutare per intero e non scontata nel saldo con i ricavi. Del resto questa voce (B 0470), secondo il modello ministeriale, è specificamente inclusa nei costi di produzione.

Tale premessa serve a chiarire la leggera divergenza riscontrabile nella ricostruzione del Ministero della Salute e del Ministero dell'Economia, questo favorevole alla ricostruzione del costo globale con il calcolo a saldo dei costi della cosiddetta gestione straordinaria (ivi compresi gli arretrati contrattuali) e dell'*intramoenia*. Seppure il risultato di esercizio non ne risulti implicato, resta il valore inferiore del costo complessivo riferito a ciascuna Regione e al totale nazionale.

4.3 I disavanzi degli anni 2002-2004

Le seguenti tavelle intendono ricostruire, come detto, per gli anni 2002-2004 i valori di fabbisogno e della sua annuale copertura con il risultato di avanzo/disavanzo. Perciò vengono in considerazione costi e ricavi nel loro intero importo, ai fini di una più puntuale riconciliazione e coerenza con la contabilità finanziaria.

TAB 1

**SPESA E FINANZIAMENTO CORRENTE DEL SSN
RISULTATI FINALI DI GESTIONE ANNO 2002**

(migliaia di euro)

REGIONI	FABBISOGNO			FINANZIAMENTO A COPERTURA				Saldo rettifiche da verificare	Saldi mobilita' interreg.	AVANZO/ DISAVANZO
	COSTI da CE	Mobilita' verso B.GESU'	TOTALE	Finanziamento indistinto e vincolato da delibera di riparto Cipe	Proventi e ricavi diversi	Ricavi straordinari	TOTALE			
PIEMONTE	6.031.689	84	6.031.773	5.592.043	340.401	79.765	6.012.209	-790	-20.815	-41.168
V. d'AOSTA	193.464	8	193.472	153.200	7.299	1.287	161.786	50	-12.855	-44.491
LOMBARDIA	12.929.060	703	12.929.763	11.513.486	622.571	74.116	12.210.173	8.388	397.015	-314.187
P. BOLZANO	863.696	7	863.703	553.054	31.442	1.761	586.257	0	5.577	-271.870
P. TRENTO	769.240	21	769.261	581.862	33.348	8.445	623.655	0	-12.486	-158.092
VENETO	6.405.472	212	6.405.684	5.646.281	421.741	33.127	6.101.149	-8.257	100.315	-212.477
FRIULI V.G.	1.694.894	35	1.694.929	1.551.653	103.499	8.245	1.663.397	0	22.305	-9.226
LIGURIA	2.442.918	39	2.442.957	2.279.544	111.156	5.217	2.395.917	0	2.808	-44.231
E. ROMAGNA	6.060.473	483	6.060.956	5.290.175	395.035	93.779	5.778.989	8.974	232.011	-40.982
TOSCANA	5.168.453	715	5.169.168	4.677.209	281.900	93.103	5.052.212	2.411	73.124	-41.422
UMBRIA	1.218.548	3.000	1.221.548	1.106.403	51.118	19.819	1.177.340	12.279	34.424	2.495
MARCHE	2.086.488	1.478	2.087.966	1.894.918	99.401	22.492	2.016.811	0	-26.676	-97.832
LAZIO	7.551.847	111.759	7.663.606	6.714.483	198.541	112.308	7.025.332	-73.074	64.132	-647.216
ABRUZZO	1.842.689	3.473	1.846.162	1.632.587	56.810	10.010	1.699.407	9.870	11.174	-125.711
MOLISE	453.030	2.219	455.249	423.380	13.114	1.995	438.489	0	-1.786	-18.546
CAMPANIA	7.838.391	8.865	7.847.256	7.062.517	155.627	260.329	7.478.473	44.252	-269.162	-593.694
PUGLIA	5.106.180	5.972	5.112.152	5.007.910	170.699	36.323	5.214.932	-27.306	-106.999	-31.526
BASILICATA	732.555	2.245	734.800	769.285	17.740	802	787.827	0	-53.613	-586
CALABRIA	2.587.328	4.485	2.591.813	2.530.589	67.071	34.127	2.631.787	-6.271	-187.921	-154.218
SICILIA	6.662.419	2.790	6.665.209	6.241.483	116.770	164.597	6.522.850	0	-199.305	-341.663
SARDEGNA	2.236.585	1.026	2.237.611	2.025.267	71.859	17.199	2.114.325	0	-51.266	-174.552
TOTALE	80.875.419	149.618	81.025.037	73.247.330	3.367.142	1.078.846	77.693.318	-29.475	0	-3.361.194
SOLO DISAVANZI										
-3.363.689										

FONTE: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della Salute aggiornati al 1° aprile 2005

TAB 2

**SPESA E FINANZIAMENTO CORRENTE DEL SSN
RISULTATI FINALI DI GESTIONE ANNO 2003**

(migliaia di euro)

REGIONI	FABBISOGNO			FINANZIAMENTO A COPERTURA			Saldi mobilità' interreg. (provvisoria 2003)	AVANZO/ DISAVANZO
	COSTI da CE	Mobilità' verso B.GESU'	TOTALE	Finanziamento indistinto e vincolato da delibera di riparto Cipe	Proventi e ricavi diversi	Ricavi straordinari		
PIEMONTE	6.342.801	190	6.342.991	5.777.455	395.188	89.405	6.262.048	-19.525 -100.469
V. d'AOSTA	200.887	1	200.888	157.972	8.441	988	167.401	-14.150 -47.636
LOMBARDIA	12.952.677	261	12.952.938	11.939.474	578.388	72.992	12.590.854	406.728 44.644
P. BOLZANO	912.623	16	912.639	568.472	34.938	3.726	607.136	6.495 -299.008
P. TRENTO	812.838	20	812.858	600.675	33.644	529	634.848	-13.106 -191.116
VENETO	6.684.350	155	6.684.505	5.898.394	475.790	52.745	6.426.929	112.304 -145.272
FRIULI V.G.	1.758.636	31	1.758.667	1.576.641	108.377	9.016	1.694.034	17.079 -47.554
LIGURIA	2.515.001	398	2.515.399	2.356.039	109.033	14.662	2.479.734	-8.509 -44.174
E. ROMAGNA	6.307.458	242	6.307.700	5.486.055	435.077	96.758	6.017.890	249.815 -39.995
TOSCANA	5.291.425	764	5.292.189	4.858.732	297.808	70.752	5.227.292	85.247 20.351
UMBRIA	1.297.265	3.368	1.300.633	1.152.070	54.216	12.809	1.219.095	35.646 -45.891
MARCHE	2.118.759	510	2.119.269	1.972.516	103.293	7.943	2.083.752	-36.192 -71.708
LAZIO	7.727.826	122.269	7.850.095	7.000.777	224.639	76.000	7.301.416	51.061 -497.619
ABRUZZO	1.911.665	3.618	1.915.283	1.694.920	59.705	17.173	1.771.798	16.227 -127.258
MOLISE	528.287	1.867	530.154	438.290	13.465	1.926	453.681	3.462 -73.011
CAMPANIA	7.901.713	8.429	7.910.142	7.385.902	141.163	94.025	7.621.090	-263.725 -552.778
PUGLIA	5.277.066	5.429	5.282.495	5.231.749	170.245	116.251	5.518.245	-126.872 108.878
BASILICATA	780.673	1.976	782.649	791.210	19.550	8.559	819.319	-55.823 -19.153
CALABRIA	2.533.927	4.662	2.538.589	2.666.337	59.065	21.299	2.746.701	-192.544 15.568
SICILIA*	6.770.060	2.927	6.772.987	6.484.869	291.103	100.908	6.876.880	-203.928 -100.035
SARDEGNA	2.293.010	1.220	2.294.230	2.111.794	78.085	14.989	2.204.868	-49.690 -139.052
TOTALE	82.918.947	158.354	83.077.301	76.150.344	3.691.213	883.455	80.725.012	0 -2.352.289
SOLO DISAVANZI								
								-2.541.729

FONTE: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della Salute aggiornati al 1° aprile 2005

*Per la Sicilia, tra i ricavi e proventi diversi non si considera la voce A0030 in quanto si ritiene già ricompresa nella partecipazione regione a statuto speciale di cui alla delibera CIPE

TAB 3

**SPESA E FINANZIAMENTO CORRENTE DEL SSN
RISULTATI FINALI DI GESTIONE ANNO 2004**

(migliaia di euro)

REGIONI	FABBISOGNO		TOTALE	FINANZIAMENTO A COPERTURA			TOTALE	Saldo rettifiche da verificare	Saldi mobilita' interreg. (provvisoria 2003)	AVANZO/ DISAVANZO
	COSTI da CE	Mobilita' Verso B.GESU' E S.M.OM (stima 2004)		Finanziamento indistinto e vincolato da delibera di riparto Cipe	Proventi e ricavi diversi	Ricavi straordinari				
PIEMONTE	6.968.869	203	6.969.072	6.060.876	514.493	124.922	6.700.291	-6.266	-19.525	-294.572
V. d'AOSTA	212.919	1	212.920	164.111	50.885	300	215.296	0	-14.150	-11.774
LOMBARDIA	13.610.444	518	13.610.962	12.558.264	617.927	31.041	13.207.232	4.910	406.728	7.907
P. BOLZANO	935.997	17	936.014	590.735	338.273	7.930	936.938	0	6.495	7.419
P. TRENTO	837.831	21	837.852	624.233	214.217	11.513	849.963	0	-13.106	-995
VENETO	7.164.155	196	7.164.351	6.217.189	786.388	48.727	7.052.304	-736	112.304	-480
FRIULI V.G.	1.955.715	33	1.955.748	1.638.875	300.810	25.948	1.965.633	0	17.079	26.964
LIGURIA	2.721.001	731	2.721.732	2.473.866	105.416	3.063	2.582.345	128	-8.509	-147.768
E. ROMAGNA	6.716.284	258	6.716.542	5.775.446	437.427	48.763	6.261.636	0	249.815	-205.090
TOSCANA	5.804.300	869	5.805.169	5.104.178	302.589	37.563	5.444.330	0	85.247	-275.592
UMBRIA	1.329.921	3.635	1.333.556	1.199.257	54.980	8.492	1.262.729	-412	35.646	-35.594
MARCHE	2.244.176	602	2.244.778	2.052.670	129.197	13.299	2.195.166	41	-36.192	-85.762
LAZIO	8.525.869	155.250	8.681.119	7.292.224	693.668	76.039	8.061.931	0	51.061	-568.127
ABRUZZO	1.967.303	4.185	1.971.488	1.758.043	60.321	3.338	1.821.702	0	16.227	-133.559
MOLISE	496.875	2.018	498.893	454.688	13.184	2.014	469.886	-128	3.462	-25.673
CAMPANIA	8.556.476	13.844	8.570.320	7.607.054	138.893	65.440	7.811.387	0	-263.725	-1.022.658
PUGLIA	5.502.294	6.488	5.508.782	5.475.215	169.904	50.090	5.695.209	4.019	-126.872	63.574
BASILICATA	813.919	2.237	816.156	818.994	19.448	2.511	840.953	0	-55.823	-31.026
CALABRIA	2.648.182	5.126	2.653.308	2.752.527	46.611	20.162	2.819.300	0	-192.544	-26.552
SICILIA	7.298.386	3.441	7.301.827	6.696.776	301.440	15.157	7.013.373	0	-203.928	-492.383
SARDEGNA	2.422.202	1.442	2.423.644	2.194.010	72.237	9.979	2.276.226	0	-49.690	-197.109
TOTALE	88.733.118	201.118	88.934.236	79.509.230	5.368.308	606.291	85.483.830	1.556	0	-3.448.850
SOLO DISAVANZI										
-3.554.713										

FONTE: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della Salute aggiornati al 1° aprile 2005