

trimestrali ove la ricomposizione di costi e ricavi viene tuttavia ricondotta a voci estremamente aggregata.

Regole innovative dell'accordo hanno poi riguardato la rideterminazione dei fabbisogni sanitari per gli anni 2000 e 2001 con una integrazione che ha portato il finanziamento al rispettivo livello di 124.000 miliardi [+ 6.860 miliardi] e 129.000 miliardi [+ 5.000 mld sui fondi 2000], importo questo poi rideterminato con la finanziaria in 130.900 miliardi⁸ [art. 85, comma 6], oltre ulteriori 300 miliardi da stanziare con l'assestamento del bilancio 2001 [in totale 131.143 mld]⁹. Si tratta di oltre 2.000 miliardi in aggiunta alle previsioni di agosto, con i quali si è inteso dare accoglimento alle richieste avanzate dalle Regioni in ordine alla esigenze di copertura delle minori entrate proprie *asl* connesse alla progressiva eliminazione dei ticket e all'abolizione della fascia B del prontuario terapeutico.

Va segnalato a riguardo che già nel corso dell'approvazione della finanziaria 2001, sia a livello regionale sia da fonti ufficiali, sono state espresse preoccupazioni e avvisi in ordine alla riscontrata insufficienza di tale previsione di fabbisogno, la cui tenuta già si riteneva messa in tensione oltre che dall'insufficiente quantificazione degli oneri finanziari e economici con effetti sui bilanci regionali¹⁰, anche da una serie di ulteriori scelte assunte da parte del livello centrale con ricaduta finanziaria in ambito regionale; in particolare, quelle relative al contratto dei medici e ai premi per l'esclusività, alla convenzione per la medicina generale, al rinnovo contrattuale per il personale non medico, i cui effetti finanziari erano rimasti fuori dall'accordo di agosto e dalle disposizioni recate in finanziaria 2001. Ugualmente fuori da tale accordo era la copertura da assicurare agli oneri aggiuntivi connessi all'applicazione degli accordi

⁸ Tale somma complessiva comprende anche le voci relative ai trasferimenti al Bambino Gesù, per Radioterapia, altre spese vincolate e altri enti.

⁹ L'ulteriore integrazione di 300 miliardi, rinviata all'assestamento del bilancio 2001, è stata peraltro assorbita nel nuovo accordo dell'agosto 2001.

¹⁰ Il Servizio bilancio del Senato [nota di lettura n. 89 - XIII Legislatura - novembre 2000] non ha mancato di evidenziare una sottostima dell'onere, con la conseguenza di un aumento di spesa a carico del SSN per farmaci che si aggiunge a quanto già in precedenza stimato nell'8,6% per il 2000 e 8,4% per il 2001. Ugualmente sottostimato secondo il Servizio bilancio-Senato è l'onere conseguente l'abolizione parziale, a decorrere dal 2002 e successiva eliminazione dal 2003, del *ticket* sulla diagnostica ove particolare rilievo assume la quantificazione che ne deriva a carico dello Stato e delle Regioni. La copertura prevista in finanziaria 2001 per gli anni 2001-2003 non assicura certezza in termini di congrua quantificazione dell'onere con effetto sui bilanci regionali.

contrattuali al personale dipendente dai Policlinici universitari, agli ospedali classificati [art 4, comma 12, d.lgs. 502/'92] e agli IRRCSS.

In relazione a tali questioni, si è ritenuto di rimetterne la soluzione ad un ulteriore accordo Governo-Regioni integrativo di quello di agosto che è stato poi sottoscritto il 22 marzo 2001¹¹, con il quale si è disposta l'attivazione di un tavolo di monitoraggio congiunto da parte del Tesoro, della Sanità, delle Regioni e Province autonome e con il supporto della Agenzia per i servizi sanitari regionali [ASSR] per la verifica dell'evoluzione della spesa nei settori relativi a: i) spesa farmaceutica e specialistica ambulatoriale; ii) spesa per contratti e convenzioni; iii) spese per l'esclusività del rapporto con ospedali classificati religiosi, IRCSS, Policlinici universitari e componente universitaria delle aziende miste¹².

Ad altro tavolo di lavoro e monitoraggio, con analoga partecipazione e supporto tecnico della ASSR, costituito con il predetto accordo presso la Conferenza Stato-Regioni, è stato affidato il compito di definire i livelli essenziali di assistenza e relative prestazioni sanitarie in correlazione agli effettivi costi e perciò alle risorse finanziarie necessarie e disponibili.

Le indicate misure di natura finanziaria assumono particolare significato nel quadro complessivo della reciprocità degli impegni assunti con gli accordi di agosto 2000 e del marzo 2001, tramite i quali è venuto progressivamente ad instaurarsi un sistema pattizio di relazioni istituzionali, ove trasparenza e sostenibilità della spesa per l'assistenza sanitaria restano obiettivi fondamentali e condivisi per assicurare un assetto di ragionevole governabilità al settore.

In questa linea di accentuata responsabilizzazione di entrambi i livelli di governo va letto l'impegno più incisivo nel controllo sui disavanzi sanitari che, a partire dal 2001, vanno rigorosamente accertati dalla Regioni mediante verifiche sui conti consuntivi di *asl* e ospedali, da effettuare entro il 30 giugno dell'anno successivo [art

¹¹ L'accordo Governo-Regioni del 22 marzo 2001, integrativo del precedente siglato il 3 agosto 2000 è pubblicato in G.U. 24 aprile 2001.

¹² La mancata conclusione dei lavori da parte del "tavolo di monitoraggio" a tutto luglio 2001, con la conseguente incertezza in ordine alla ripartizione degli oneri fra Stato e Regioni e perciò alla non realistica quantificazione degli oneri a carico dei rispettivi bilanci e delle relativa copertura finanziaria, ha determinato la Corte [SS.RR. III° Collegio, 13.7.2001 n. 35/contr.] a rendere certificazione non positiva sull'ipotesi di accordo relativa al CCNL del comparto sanità II° biennio economico 2000-2001.

83, comma 4, legge 388/2000]. Ne consegue l'esposizione dei bilanci regionali a sostegno dei necessari interventi di copertura mediante l'attivazione dei margini riservati alla propria autonomia impositiva [art. 83, commi 4,5,6,7, legge 388/2000].

Non minore interesse riveste l'impegno, reciprocamente assunto da Governo e Regioni, in ordine all'attivazione di procedure di monitoraggio e di verifica dei livelli di assistenza erogati, nonché sull'andamento della spesa sanitaria articolata per fattori produttivi e per imputazione decisionale, al fine di identificare i determinanti di tale andamento e la responsabilità della relativa dinamica, specie con riguardo agli effetti di cui all'art. 9, comma 5, del d.lgs. 56 del 2000¹³ e a garanzia dell'efficienza ed efficacia del SNN [punto 8, accordo 3 agosto 2000]. In tale medesima linea pattizia, è l'impegno di concertare programmi per il controllo dei suindicati fattori e per definire criteri standardizzati di rendicontazione delle attività delle aziende sanitarie e ospedaliere, innovando altresì la struttura dei collegamenti telematici per la raccolta delle informazioni.

I tavoli di monitoraggio attivati nel marzo 2001 si sono conclusi con il recente accordo Governo-Regioni dell'8 agosto scorso le cui regole pattizie sono state poi recepite dal d.l. 347 del 2001, convertito con la legge 16 novembre 2001 n. 405. Il problema del "sottofinanziamento", all'origine di parte del *deficit* annuale, sembra superato con i nuovi livelli di finanziamento per gli anni 2002-2004 la cui misura è fissata al 5,88% del PIL e con obiettivo del 6% in un arco ragionevole di tempo. Agli anni 2002-2004 sono destinati circa 450.000 miliardi [146.376 mld, 152.122 mld, 157.371 mld]¹⁴ e a 9.308 miliardi ammontano i ripiani riconosciuti a carico del bilancio Stato per gli anni 2000 e 2001 [rispettivamente 2.700 mld e 6.608 mld], a fronte tuttavia di un travalicamento sin qui stimato in oltre 22.000 miliardi per i due anni.

¹³ Il comma 5 dell'art. 9 del d.lgs. 56 del 2000, in materia di federalismo fiscale stabilisce che "le determinazioni incidenti sui fattori generatori della spesa sanitaria – e in particolare quelli riguardanti la spesa per il personale, la spesa farmaceutica e gli oneri per la cura dei non residenti, sono assuntein modo da rendere trasparenti la responsabilità di dette determinazioni con riguardo ai diversi livelli di governo, centrale regionale e locale" evidenziando i prevedibili effetti finanziari sui diversi livelli di governo e assicurando che gli eventuali maggiori oneri a carico delle Regioni a statuto ordinario, originati da iniziative assunte a livello nazionale siano correlati ad un corrispondente adeguamento della quota di compartecipazione regionale all'IVA.

¹⁴ Tali somme comprendono le quote destinate a finalità di riequilibrio e risorse volte a fronteggiare oneri relativi alla esclusività di rapporto per ospedali classificati religiosi, IRCCS, componente universitaria delle aziende miste e Policlinici universitari.

Senza contare poi che i 2.700 miliardi di ripiano per l'anno 2000 presupponevano un deficit pari a 7.080 miliardi, risultato poi di 10.001 miliardi.

Proprio in relazione alle indicate stime, anticipate da questa Corte sin dal giugno 2001¹⁵, vanno misurati i nuovi disavanzi 2001 dichiarati dalle Regioni nel novembre scorso in applicazione del d.l. 347/'01 e di recente aggiornati in occasione della Conferenza Stato-Regioni della fine aprile scorso, il cui ammontare supera di circa 5.600 miliardi quanto previsto con l'accordo di agosto, portando il fabbisogno 2001 ad un importo vicino a quanto preventivato per l'anno successivo.

Ai recenti contratti collettivi nazionali per il comparto sanità va in larga parte attribuito il consistente tasso di crescita della spesa in sanità specialmente rilevabile a partire dall'anno 2001. A tale proposito, mentre si rinvia a quanto meglio precisato in successivo paragrafo della relazione, è intanto opportuno anticipare come questa Corte abbia tempestivamente avvisato, in sede di certificazione dei contratti relativi ai bienni economici 1998-1999 e 2000-2001, delle implicazioni finanziarie conseguenti al sistema di quantificazione troppo giocato sulle stime di eventuali risparmi di spesa o su recuperi di produttività. L'insufficiente realizzazione di tali obiettivi avrebbe dovuto bloccare l'applicazione delle misure previste in termini di miglioramenti retributivi. Il mancato adeguamento a quanto segnalato dalla Corte ha certamente influito sulla dinamica della spesa in sanità con conseguente travalicamento dei limiti segnati per i fabbisogni annuali.

Intanto, per stare a dati recenti, è in atto la contestazione da parte delle Regioni al d.l. 402 del 2001 [conv. con legge 8.1.2002 n.1] relativo alla cosiddetta "emergenza infermieri" che con le promozioni previste schiude la possibilità di spese inattese i cui oneri sono decisamente respinti dal versante regionale.

La recente definizione dei livelli assistenziali a seguito del tavolo tecnico e dell'intesa espressa in Conferenza Stato-Regioni il 22 novembre scorso, recepito con DPCM 29 novembre 2001, potrà contribuire a meglio collegare prestazioni e costi per l'assistenza sanitaria, ma non varrà tuttavia ad eliminare le sollecitazioni ad una evoluzione in crescita della spesa la quale, oltre che in buona parte dipendente dal costo

¹⁵ V. Sez. Autonomie, Del. 13.6.2001 n. 4: *Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni – anno 1999 e stime 2000*, Parte III[^], n. 5 e n. 6.

del personale, riceve forti spinte all'alimentazione dall'aumento del costo dei farmaci e dall'invecchiamento della popolazione.

Il d.l. 15 aprile 2002 n. 63 persegue l'obiettivo di contenimento della spesa sanitaria con l'intento di mitigare la sua forte incidenza sull'evoluzione dei conti pubblici; in aggiunta ad altre misure, dispone il taglio del 5% al prezzo di vendita al pubblico dei medicinali di cui all'art. 8, comma 10, lett. a della legge 531/'93 al fine di riportare sotto controllo l'evoluzione della spesa farmaceutica.

Quanto al personale, è utile ricordare come il relativo costo rappresenti la voce di maggior peso nella composizione della spesa sanitaria corrente [37,2% nel 2000], mentre proprio sugli anni 2000 e 2001 si addensano le maggiori preoccupazioni per gli intervenuti recenti accordi contrattuali non sostenuti da sicura copertura.

Non va poi sottovalutata l'influenza che la spesa ospedaliera esercita sul tasso di crescita del fabbisogno di parte corrente, rappresentando in media circa il 50% dei costi complessivi [v. *infra*, par. 10.].

Intanto, proprio con riferimento agli anni 2000 e 2001, l'esito di un andamento non in linea con gli obiettivi e le maggiori esigenze finanziarie emerse nel settore hanno indotto le Regioni – in attuazione all'accordo dell'8 agosto – a intraprendere iniziative di contenimento e ad attivare la propria capacità impositiva per un complesso di misure, fra cui anche la reintroduzione di ticket, i cui effetti sono stimati "pari a poco meno di tre decimi di punto di PIL"¹⁶ [v. Parte I[^], par. 5]

Si è trattato di interventi resi necessari in relazione a quanto disposto dall'art. 40 della finanziaria 2002 come contropartita alla rideterminazione pattizia dei fabbisogni 2000-2001, estesa agli anni 2002, 2003 e 2004 dal d.l. 63/'02 [art.4]. qualora non sia onorato l'impegno di copertura della propria quota da parte regionale.

Va sottolineato a riguardo che, mentre le Regioni hanno immediatamente fatto fronte ai propri impegni con le su indicate misure, la quota di copertura di competenza statale tarda a concretizzarsi, con rinvio e slittamento della liquidazione definitiva, messa in forse da incertezze sulla sua effettiva copertura e conseguente onere regionale per eventuale ricorso ad anticipazioni [v. Parte I[^], par. 5]

¹⁶ In questi termini, *Relazione sull'andamento dell'economia 2001 e aggiornamento della previsioni per il 2002* – Ministero dell'economia e delle finanze, aprile 2002.

Per concludere, l'avviso di questa Corte è per il decisivo rilievo che, nei rapporti fra diversi livelli di governo, sempre più assumono le questioni relative alla corretta copertura dei maggiori oneri annualmente introdotti in ambito sanitario, in ordine ai quali diviene cruciale l'effetto che ne consegue in termini di distribuzione a carico dei bilanci dello Stato e delle Regioni, anche ai fini della necessaria coerenza con quanto disposto all'art. 27 della legge 468 del 1978 in applicazione dell'art. 81, 4° comma, cost. [v. Corte cost., sent. 8.6.1981 n. 92].

4. Segue: B) il PSN 2002-2004 e l'accordo sulle liste di attesa

Il Piano sanitario nazionale, approvato lo scorso 19 aprile dal Consiglio dei ministri e trasmesso alle commissioni parlamentari, ridisegna la sanità all'insegna di nuovi traguardi di qualità e appropriatezza che fanno leva su quattro linee strategiche: i) riorganizzazione della rete ospedaliera; ii) riduzione delle liste di attesa; iii) cure e servizi a domicilio per anziani e disabili; iv) formazione del personale sanitario.

In questo ambito svariati sono gli obiettivi del triennio, senza tuttavia un chiaro piano finanziario di fattibilità.

Il che vale in primo luogo per l'applicazione uniforme dei livelli essenziali di assistenza [Lea], entro i quali dovrebbe ora trovare collocazione la questione della corretta gestione delle liste di attesa, finalizzate a garantire priorità alle patologie più gravi e urgenti.

Per anziani e disabili tre percorsi che a vicenda si completano: assistenza il più possibile a domicilio; degenza riabilitativa e Centri diurni per anziani; avvio di uno studio per identificare la possibile copertura dei rischi di non autosufficienza.

Nel quadro di una prossima ridefinizione legislativa dell'accreditamento, l'obiettivo è intanto di far leva su qualità e tecnologia, applicando in sanità la normativa Iso 9000, con la creazione di un "servizio della qualità" in ogni azienda.

Quanto alla rete ospedaliera, l'idea è di trasformare i piccoli ospedali in "Centri distrettuali di salute", puntando su un numero limitato di "Centri di eccellenza" da creare e potenziare in accordo con Regioni e Comuni.

Altro aspetto da privilegiare è il potenziamento dei servizi di urgenza e emergenza, con la creazione di ambulatori di continuità assistenziale, evitando accessi impropri al pronto soccorso.

Infine formazione permanente e aggiornamento continuo per il personale nonché maggiore impegno per il “buon uso” dei farmaci e promozione di sani stili di vita, sono gli ulteriori passaggi alla volta di un quadro di sostanziale ridisegno della sanità.

A riguardo non sono mancate osservazioni da parte regionale per la ravvisata invadenza da parte del livello centrale in un ambito rimesso per costituzione alla loro competenza.

Da rilevare intanto come ben sette Piani sanitari regionali siano già in corsa con indicazioni strategiche non dissimili da quelle recate dall’iniziativa nazionale. Seppure con chiare differenze su alcuni aspetti strategici, puntano tutti su una sostenuta deospedalizzazione a favore di interventi sul territorio; riduzione quindi di posti letto per acuti con favore riservato a day hospital e day surgery [Campania, Lazio, Lombardia, Piemonte, Puglia, Toscana, Umbria], con accentuazione particolare sull’assistenza domiciliare [Umbria, Campania, Lazio, Lombardia]. Specifica l’attenzione alle liste di attesa [Lazio, Umbria], alla definizione di tetti per le prestazioni sia nel pubblico, sia nel privato [Campania], alla posizione centrale da riservare ai distretti [Campania, Lazio, Piemonte] anche nel quadro di una loro riduzione-sostituzione con “zone-distretto [Toscana], alla razionalizzazione dell’offerta sanitaria mediante la concentrazione delle funzioni di alta specialità [Toscana, Puglia]. Particolare il percorso strategico della Lombardia ove alle *asl* è riservato il ruolo di agenti acquirenti delle prestazioni, acquisibili alla pari sia dal settore pubblico – ove è prevista la trasformazione degli ospedali in fondazioni - sia dal mercato privato, con possibilità di prestazioni e servizi ulteriori rispetto ai Lea tramite l’attivazione di forme mutualistiche e fondi integrativi.

Ciò posto, va intanto osservato come siano specialmente le liste di attesa a suscitare numerosi distinguo da parte delle Regioni che paventano il grosso rischio che ne consegue in termini di aumento dei costi.

Va ricordato a riguardo che al 14 aprile 2002 risale l’accordo Governo-Regioni e Province autonome sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e

terapeutiche nonché sugli indirizzi applicativi alle liste di attesa. Sulla base di tale accordo - propedeutico all'intesa sulla bozza di DPCM - le Regioni sono impegnate a definire entro il 31 maggio 2002 i criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni, responsabilizzando medici prescrittori, nonché direttori generali, direttori sanitari e dirigenti di struttura complessa della aziende sanitarie e ospedaliere con effetto sulla quota variabile di trattamento economico o sulla attribuzione della retribuzione di risultato.

Suscettibile di conseguenze finanziarie è anche l'impegno accollato alle Regioni di prevedere, in caso di urgenza, l'attribuzione di specifiche forme di incentivazione alle équipe sanitarie finalizzate alla riduzione delle liste di attesa oppure di fare ricorso a prestazioni libero professionali anche tramite appositi contratti a termine o di *service* con ambulatori o studi associati.

Resta l'ambiguità della clausola finale con la quale si esclude che dall'applicazione dell'accordo possano derivare oneri aggiuntivi rispetto al vincolo finanziario fissato nel precedente accordo dell'8 agosto 2001 [recepito con legge 405/'01]. In realtà, la riduzione dei tempi di erogazione delle prestazioni con l'aumento dell'offerta porta con sé anche un incremento di spesa, a fronte della quale improbabile è la possibilità di compensazione con eventuali risparmi, se è vero che il vincolo dei finanziamenti rispetto al fabbisogno 2001 già risultava travalicato - e non di poco - al momento dell'accordo e per cause diverse dalle liste di attesa.

Anche in questo caso, come già in altri segnalati da questa Corte, decisioni, pur di indubbio rispetto ed ispirate ad equità sociale, sono assunte dal livello centrale, con l'adesione del livello regionale, senza una attenta e puntuale riflessione sulla questione della loro copertura finanziaria e sul problema delle risorse. In questo metodo di azione si annidano tuttavia i maggiori rischi per la finanza pubblica.

5. La gestione dell'assistenza sanitaria e i disavanzi negli anni 1998 e 1999

Sulla sanità degli anni 1998 e 1999 si è riferito nella precedente relazione licenziata per il Parlamento e i Consigli regionali l'8 giugno dello scorso anno.

Merita tuttavia riportare qui di seguito i dati relativi al finanziamento e ai risultati delle gestioni con le modifiche emerse a seguito della definitiva determinazione e

assegnazione delle risorse relative a tali anni e della individuazione definitiva dei costi delle gestioni.

Da osservare che specialmente il dato di disavanzo 1998 si ridimensiona rispetto al disavanzo in precedenza indicato in 11.243 miliardi di lire.

La modificazione del metodo di calcolo seguito a partire da quest'anno da parte del Ministero della salute non consente tuttavia una reale e trasparente ricostruzione della copertura assegnata al fabbisogno, soprattutto non rende possibile distinguere quanto originariamente destinato ai livelli di assistenza e quanto a progetti specifici o rinveniente da altre assegnazioni o da maggiori entrate proprie. Tale aspetto induce forte preoccupazione per le diminuite possibilità di controllo e di veridicità dei dati, con rischio anche per le Regioni di non essere in grado di verificare le proprie spettanze o di misurare il grado di partecipazione nell'accollo del debito e della misura dello stesso.

Ciò posto, va innanzitutto notato come il complessivo importo di finanziamento attribuito ai livelli di assistenza sanitaria per l'anno 1998, originariamente previsto in 104.188 miliardi di lire, a seguito di successive variazioni è risultato consuntivamente pari a 107.428 miliardi, nella cui composizione figurano tuttavia 1.430 miliardi di risorse [al netto di 21 mld di residui utilizzati] vincolate a obiettivi di carattere prioritario, cioè per spese diverse da quelle per livelli di assistenza sanitaria. Un aspetto, questo, già rilevato lo scorso anno, del resto ricorrente ma che lascia per il '98 insoddisfatta l'esigenza di copertura originariamente dedicata a progetti AIDS, a borse di studio per medicina generale, a extracomunitari, veterinaria, hanseniani e altri obiettivi di rilievo nazionale.

A fronte dell'indicato importo di finanziamento, pur maggiorato delle indicate quote vincolate, la spesa per i livelli di assistenza è risultata pari a 116.102 miliardi, con un disavanzo che rispetto all'importo originario si ridurrebbe - secondo i dati del Ministero - di circa 2.500/3000 miliardi di lire dei quali non è dato riscontrare l'ulteriore titolo di finanziamento, né le informazioni da parte del Ministero offrono chiarimento a riguardo.

La seguente tabella ricostruisce la situazione gestionale dell'anno 1998 sulla base di stime e solo in parte recependo i dati del Ministero della salute senza tuttavia garantirne piena affidabilità in termini di effettivo disavanzo.

**SPESA E FINANZIAMENTO CORRENTE DEL SSN
RISULTATI FINALI DI GESTIONE
ANNO 1998**

(in miliardi di lire)

REGIONI	SPESA/COSTI	FINANZIAMENTO			TOTALE	DISAVANZI (-) o AVANZI
		FSN	IRAP+ Add. IRPEF	ALTRO		
PIEMONTE	9.168	2.867	4.816	471	8.153	-1.015
VALLE D' AOSTA	269	-13	144	122	253	-16
LOMBARDIA	18.220	3.915	12.412	618	16.945	-1.276
PROV. BOLZANO	1.222	7	619	233	859	-363
PROV. TRENTO	1.130	-2	581	495	1.074	-56
VENETO	9.571	2.703	5.280	1.201	9.184	-387
FRIULI V.G.	2.502	37	1.380	1.007	2.424	-78
LIGURIA	3.597	1.699	1.480	416	3.595	-2
E. ROMAGNA	8.833	2.588	4.920	773	8.281	-552
TOSCANA	7.277	2.814	3.673	511	6.998	-279
UMBRIA	1.692	880	670	95	1.645	-47
MARCHE	3.037	901	1.601	296	2.797	-239
LAZIO	10.840	3.095	5.959	115	9.169	-1.671
ABRUZZO	2.547	1.291	915	181	2.388	-159
MOLISE	614	372	194	42	608	-6
CAMPANIA	10.691	6.195	3.211	202	9.608	-1.083
PUGLIA	7.862	4.652	2.112	833	7.597	-265
BASILICATA	1.099	604	340	143	1.086	-13
CALABRIA	3.712	2.280	987	175	3.441	-271
SICILIA	9.140	1.982	2.704	3.787	8.473	-667
SARDEGNA	3.078	897	1.040	911	2.849	-229
TOTALE GENERALE	116.102	39.765	55.037	12.626	107.428	
TOTALE DISAVANZI						-8.674

FONTE: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della salute

I suesposti dati mostrano un disavanzo complessivo pari a 8.674 miliardi. A fronte di una spesa di 116.102 miliardi, rimasta sostanzialmente invariata rispetto alle stime, sono le entrate a incidere sul risultato di disavanzo grazie ad un incremento di quasi 3.000 miliardi sui quali non è stata possibile una esatta ricostruzione. Probabile un aumento di entrate proprie, le quali peraltro possono essere stimate in non più di 800-900 miliardi. Altrettanto per maggiori partecipazioni delle Regioni a statuto speciale le quali peraltro valgono ad aumentare il disavanzo che, a differenza di quanto indicato dalla Salute [7.398 mld], questa Corte valuta in 8.673 miliardi ma con salvezza e riserva di ulteriori approfondimenti per avere chiarezza su un ammontare di entrate retrospettivamente cresciute per rilevanti importi.

Meno vistoso il differenziale sul 1999, che riduce il disavanzo da 9.185 miliardi a 8.969 miliardi, in virtù di maggiori acquisizioni di entrate delle quali non è consentito scrutare la composizione. Da dire tuttavia che la spesa mantiene ferma l'originaria stima con un leggero aumento per un ammontare pari complessivamente a 122.864 miliardi.

La tabella seguente espone la ricostruzione di costi, finanziamenti e disavanzi relativamente all'anno 1999.

**SPESA E FINANZIAMENTO CORRENTE DEL SSN
RISULTATI FINALI DI GESTIONE
ANNO 1999**

(in miliardi di lire)

REGIONI	SPESA/COSTI	FINANZIAMENTO			TOTALE	DISAVANZI (-) o AVANZI
		FSN	IRAP+ Add. IRPEF	ALTRO		
PIEMONTE	9.526	4.939	3.512	771	9.222	-304
VALLE D' AOSTA	297	-10	103	166	260	-37
LOMBARDIA	19.446	8.168	9.292	1.176	18.636	-811
PROV. BOLZANO	1.313	8	559	130	697	-616
PROV. TRENTO	1.195	-12	509	583	1.080	-115
VENETO	9.932	5.017	3.605	617	9.239	-693
FRIULI V.G.	2.666	41	937	1.542	2.521	-145
LIGURIA	3.792	2.484	1.056	110	3.650	-143
E. ROMAGNA	9.324	4.632	3.508	780	8.919	-404
TOSCANA	7.730	4.598	2.516	53	7.168	-562
UMBRIA	1.790	1.201	505	14	1.720	-70
MARCHE	3.268	1.781	966	69	2.816	-452
LAZIO	11.489	5.318	4.508	132	9.958	-1.531
ABRUZZO	2.928	1.764	677	221	2.661	-267
MOLISE	660	489	142	42	672	13
CAMPANIA	11.200	7.946	2.239	281	10.466	-734
PUGLIA	8.394	5.748	1.534	293	7.575	-819
BASILICATA	1.105	802	238	28	1.067	-38
CALABRIA	3.913	2.779	788	126	3.692	-221
SICILIA	9.630	3.180	2.002	3.726	8.908	-723
SARDEGNA	3.265	1.305	800	875	2.980	-285
TOTALE GENERALE	122.864	62.178	39.993	11.736	113.907	
SALDO ALGEBRICO						-8.957
TOTALE DISAVANZI						-8.969

FONTE: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della salute

A proposito dei suesposti dati va chiarito come il finanziamento pari a 113.907 miliardi sia anche qui comprensivo di quote vincolate per finalità specifiche differenti dai livelli di assistenza, per garantire i quali la spesa è stata di 122.864 miliardi, con un deficit pari a oltre 8.969 miliardi.

Da dire poi che il miglioramento del saldo '99 è anche da ascrivere alla intervenuta integrazione di 4.950 miliardi disposta in assestamento '99 cui ha fatto seguito la delibera CIPE 10 febbraio 2000, che è valsa a correggere il finanziamento originario.

I suesposti dati mettono in chiaro il consistente tasso di crescita della spesa sanitaria di parte corrente. Rispetto al 1998, quella rilevata per l'anno '99 espone un incremento pari al 5,8% [+ 6.763 mld], mentre di 6.265 miliardi [+ 5,7%] è lo scostamento del 1998 rispetto al 1997.

Va poi tenuto conto che nel finanziamento complessivo degli anni '98 e '99 figurano, come già detto, risorse destinate ad obiettivi vincolati che restano da realizzare e in certo modo continuano a pesare in termini di esigenza di copertura.

6. Entrate, uscite e disavanzi negli anni 2000 e 2001

Il fabbisogno previsto per l'anno 2000 ammontava originariamente a 117.000 miliardi di lire. L'accordo Governo-Regioni del 3 agosto 2000 ne ha disposto l'integrazione per 6.860 miliardi, portando il finanziamento a circa 124.000 miliardi, dei quali 121.647 miliardi per i livelli essenziali di assistenza, 220 miliardi all'ospedale Bambin Gesù, 378 miliardi ad altri enti del SSN, 2.036 miliardi per obiettivi vincolati [inclusi 242 miliardi di residui utilizzati nell'anno].

Va ricordato che, con il successivo accordo Governo-Regioni dell'8 agosto 2001, parte di tale disavanzo è stato assunto a carico del bilancio dello Stato in relazione a decisioni di spesa riconosciute riferibili al livello centrale per 2.700 miliardi, a fronte tuttavia di un saldo passivo che sino ad allora era stimato in 7.600 miliardi, inferiore a quello successivamente rideterminato e pari a 10.001 miliardi.

Il Governo peraltro solo di recente ha assunto le iniziative necessarie per l'assegnazione di tale quota di ripiano alle Regioni tramite un emendamento al d.l. 63/2002¹⁷.

La seguente tabella espone l'importo dei finanziamenti rideterminati a seguito dell'evoluzione della gestione dell'anno e di ulteriori provvedimenti CIPE, a fronte dei quali è l'importo delle spese comprensive della mobilità e, per differenza, l'esito delle gestioni con disavanzo pari a 10.001 miliardi di lire.

Specialmente da riscontrare è il dato della Campania che, a fronte delle assegnazioni per assistenza sanitaria, ha utilizzato diversamente 717 miliardi, in virtù della disposizione recata in finanziaria 2001 [art 83] che definisce libere le entrate per la sanità. In tal modo il disavanzo è ulteriormente cresciuto attestandosi a 2.198 miliardi di lire.

¹⁷ L'emendamento prevede la totale erogazione dei 2.700 miliardi, ma limita l'assegnazione per l'integrazione 2001 a ¼ delle spettanze regionali.

**SPESA E FINANZIAMENTO CORRENTE DEL SSN
RISULTATI FINALI DI GESTIONE
ANNO 2000**

(in miliardi di lire)

REGIONI	SPESA/COSTI (*)	FINANZIAMENTO				TOTALE	DISAVANZI (-) o AVANZI
		FSN (**)	IRAP+ Add. IRPEF	INTEGRAZIONE ACCORDO AGOSTO 2000	ALTRO		
PIEMONTE	10.731	3.774	5.490	-43	465	9.686	-1.045
VALLE D' AOSTA	325	-14	175	128	12	301	-24
LOMBARDIA	20.786	4.866	14.395	24	842	20.127	-659
PROV. BOLZANO	1.423	7	704	-96	57	672	-752
PROV. TRENTO	1.197	-5	664	492	58	1.209	12
VENETO	10.904	3.686	5.827	40	646	10.198	-706
FRIULI V.G.	2.775	37	1.594	950	148	2.729	-46
LIGURIA	4.194	2.261	1.641	-19	142	4.026	-168
E. ROMAGNA	9.888	3.404	5.662	-8	556	9.614	-275
TOSCANA	8.441	3.775	4.092	-5	406	8.268	-173
UMBRIA	1.991	1.131	751	-12	88	1.958	-33
MARCHE	3.470	1.531	1.527	-84	159	3.134	-336
LAZIO	13.003	4.032	6.752	103	319	11.205	-1.797
ABRUZZO	3.083	1.705	974	132	89	2.900	-183
MOLISE	711	478	205	-10	19	691	-20
CAMPANIA	12.745	7.931	3.052	-606	170	10.547	-2.198
PUGLIA	8.797	5.709	2.193	-48	193	8.047	-749
BASILICATA	1.372	783	352	128	36	1.299	-73
CALABRIA	4.375	2.944	944	15	67	3.970	-405
SICILIA	10.143	2.690	2.750	4.534	180	10.155	12
SARDEGNA	3.649	1.159	1.088	951	92	3.291	-359
TOTALE GENERALE	134.003	51.884	60.833	6.565	4.744	124.027	
SALDO ALGEBRICO							-9.977
TOTALE DISAVANZI							-10.001

FONTE: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della salute; dati stimati

(*) Importo al netto di 181 miliardi per residui dell'anno non erogati

(**) al netto dell'Ospedale Bambin Gesù

I dati esposti nella tabella precedente, posti a confronto con quelli del finanziamento originario [v. TAB 45/REG, Relazione dello scorso anno] mostrano un assorbimento nel FSN di risorse in precedenza vincolati a obiettivi prioritari. Tale incremento di entrate proprie hanno consentito di mitigare l'effetto della forte crescita della spesa corrente. La quale pari a 134.003 miliardi di lire [69.206,71 milioni €], nell'anno 2000, supera di ben 11.139 miliardi quella registrata nel '99 con una crescita percentuale del 9,0%.

Il disavanzo dell'anno ascende a 10.001 miliardi di lire.

Da rilevare tuttavia l'utilizzazione, per la copertura dei livelli essenziali, del finanziamento vincolato a speciali progetti, per la realizzazione dei quali permane l'esigenza di ulteriore reperimento di risorse.

Per quanto riguarda l'anno 2001, il fabbisogno originario pari a 124.000 miliardi è stato rideterminato, con l'accordo 3 agosto 2000 e con le disposizioni della finanziaria 2001, in 130.843 miliardi di lire [67.574,77 milioni €] al netto di 300 miliardi da assegnare con l'assestamento del bilancio 2001. A valere su tali complessive disponibilità di parte corrente, la destinazione ha disaggregato le seguenti specifiche finalizzazioni: a) 128.235 miliardi di lire [66.008,35 milioni €] per i livelli di assistenza, di cui 229 miliardi all'ospedale Bambino Gesù, 197 miliardi alla Croce Rossa, 228 miliardi agli Istituti zooprofilattici sperimentali; b) 2.608 miliardi, accantonati in attesa di proposte da parte del Ministero della salute.

Con il successivo accordo Governo-Regioni dell'8 agosto 2001 il fabbisogno 2001 è stato ulteriormente integrato di 6.608 miliardi [3.412,75 milioni di €] i quali tuttavia, pur figurando in finanziaria 2002 [TAB C], non sono stati ancora erogati alle Regioni seppure provvisoriamente ripartiti e oggetto di emendamento al d.l. 63/2002, con proposta di assegnazione peraltro per solo un quarto di quanto spettante.

La seguente tabella espone l'importo dei finanziamenti sulla base di una rideterminazione che tiene conto delle spettanze regionali cui il Governo deve tenere fede. Nondimeno, considerati gli incerti sviluppi di un contenzioso in ordine alla puntuale applicazione e interpretazione dei termini dell'accordo dell'8 agosto, si è ravvisata l'utilità di ricostruire la gestione 2001 con separato riferimento alla spesa sostenuta nell'anno, ai finanziamenti rinvenienti dall'accordo del 3 agosto 2000 e dalla