

7. Sanità

7.1. Riordino e riorganizzazione del Servizio sanitario nazionale

Il sistema sanitario attraversa una fase di revisione istituzionale e legislativa i cui momenti più significativi sono nel ripensamento organizzativo e nelle nuove regole di finanziamento. Quanto al primo aspetto, la legge delega 30 novembre 1998 n. 419 in materia di organizzazione e funzionamento del Servizio sanitario nazionale [SSN], tramite l'attuazione con d.lgs. 19 giugno 1999 n. 229, ha introdotto importanti modifiche e integrazioni al d.lgs. 502/92. A riguardo dei profili di ordine finanziario, non poca influenza sul piano istituzionale è da attribuire alla delega contenuta nel "collegato fiscale" alla manovra '99 che detta disposizioni in materia di perequazione, razionalizzazione e federalismo fiscale e prefigura cambiamenti di rilievo nel sistema di finanziamento del SSN.

Una prima considerazione su questo secondo aspetto è per notare come nella più recente legislazione sembri prevalere un orientamento più disponibile e aperturista in direzione di maggiore autonomia degli enti decentrati ove i sistemi di incentivazione possano far premio su comandi e vincoli, con contestuale superamento del sistema fondato sugli *standard* di uniformità e privilegio accordato viceversa a *standard minimi*, concernenti livelli di servizio che gli enti decentrati abbiano facoltà di migliorare.

In questi termini, del resto, è la delega recata nel collegato fiscale alla manovra '99 [legge 133/99] allorché dispone per la *rimozione del vincolo di destinazione del finanziamento* per la sanità assicurato alle Regioni e ove la sostituzione dei trasferimenti con le compartecipazioni si coniuga ad una perequazione che sconta capacità fiscale ma pure *fabbisogni sanitari*.

Perciò, una linea tendenziale che sembra deporre per l'applicazione di un modello nel quale la sanità possa trovare pieno inserimento all'interno della finanza regionale.

In controtendenza sono tuttavia alcune eccezioni, valevoli a frenare il processo di reale rinnovamento.

Innanzitutto, il finanziamento delle attività assistenziali degli Istituti di ricovero e cura che rimane ancorato al sistema dei trasferimenti erariali; una parte non secondaria di assistenza sanitaria viene cioè centralizzata, proprio quando tutto il sistema ruota nella logica della Regionalizzazione.

Altra eccezione è nel periodo transitorio di tre anni - ma anche condizionato alla messa a regime di necessarie attività di monitoraggio - durante il quale ciascuna Regione è vincolata ad impegnare, per l'erogazione delle prestazioni del servizio sanitario nazionale, una spesa definita in funzione della quota capitaria stabilita dal Piano sanitario nazionale. Ulteriori vincoli discendono del resto dal coinvolgimento regionale negli obiettivi di contenimento della spesa sanitaria ai sensi di quanto disposto con i commi da 10 a 14 dell'art. 28 della legge 448 del 1998, integrato dalle disposizioni dell'art. 30 e 34 della finanziaria 2000. Da ricordare a riguardo la prevista definizione da parte del Ministero della sanità di indicatori e parametri concernenti aspetti strutturali e organizzativi dei sistemi sanitari regionali e gli andamenti di spesa al fine di controllare i livelli di assistenza assicurata in ogni Regione.

A contraddire un pieno ed esaustivo inserimento della sanità in ambito regionale sono poi alcuni profili di revisione organizzativa e procedurale proposte con la delega e la successiva attuazione di riforma-ter dell'assistenza sanitaria, come pure con il complesso delle disposizioni in materia di federalismo fiscale rinvenienti dalla delega e relativa attuazione [legge 419/98 e d.lgs 229/99; legge 133/99 e art. 9, d.lgs 56/2000]. Così per il riemergere di vincoli, controlli e sanzioni a scapito di incentivi all'efficienza, di meccanismi concorrenziali, di adeguato margine riservato all'autonomia e responsabilizzazione del livello regionale e aziendale. In particolare il d.lgs. 229/99 introduce l'art. 19-ter ["Federalismo sanitario, patto di stabilità e interventi a garanzia della coesione e dell'efficienza del Servizio Sanitario Nazionale"] a norma del quale:

-il Ministero della sanità, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali [ASSR], determina valori di riferimento relativi alla utilizzazione dei servizi, ai costi, e alla qualità dell'assistenza;

-le Regioni, anche con il supporto della ASSR, elaborano piani di riorganizzazione;

-Ministro e Regione interessata stipulano una convenzione che definisce le misure di sostegno al programma ma anche "forme di penalizzazione e di graduale riduzione o dilazione dei finanziamenti per le Regioni che non rispettano gli impegni convenzionalmente assunti" sino ad eventuali interventi sostitutivi da parte del Governo tramite commissari ad acta.

Da osservare che l'applicazione di sanzioni di carattere economico-finanziario, per il caso di insufficiente assistenza sanitaria o di spesa sanitaria eccessiva, è prevista anche dall'art. 9, comma 4, del d.lgs. 56/2000 con conseguente progressiva riduzione dei trasferimenti perequativi e delle compartecipazioni, con il solo limite massimo del 3% e contestuale sostituzione di trasferimenti erariali finalizzati all'attivazione di un adeguato sistema di garanzie.

Con riguardo poi ai contenuti organizzativi della riforma è da notare come il disegno complessivo si articoli su alcune coordinate di fondo che, nel quadro di un consistente ridimensionamento del ruolo centrale della struttura ospedaliera, scommettono su prevenzione e riabilitazione con più intenso coinvolgimento partecipativo dei Comuni, ai fini di una gestione integrata degli interventi socio-sanitari e socio-assistenziali e loro maggior ruolo nella programmazione e partecipazione alla valutazione dei risultati.

L'impostazione di tipo economicistico, ritenuta eccessiva e perciò rimproverata alla disciplina attuativa del d.lgs 502 del '92, spiega il ridimensionamento dei DRG nel finanziamento delle prestazioni a tariffa, queste del resto accompagnate da modalità di contrattazioni per piani di attività con definizione dei relativi volumi, nell'ambito di livelli di spesa fissati soprattutto sulla base delle caratteristiche di complessità delle prestazioni. La previsione poi di forme integrative di assistenza, come pure i nuovi criteri per reimpostare le relazioni tra SSN e Università, ma specialmente le innovazioni per il personale sanitario - dalla riduzione dell'età pensionabile per i medici, all'estensione del rapporto di diritto privato alla dirigenza sanitaria, sino al nuovo regime delle incompatibilità per i medici - sono ulteriori proposizioni in direzione di ulteriori ripensamenti organizzativi.

Le principali linee-guida si ricompongono nella trama del Piano sanitario 1998-2000, approvato nel luglio '98 ove fra i "punti qualificanti" figurano l'autonomia decisionale degli utenti, l'uso appropriato dei servizi sanitari, il contrasto delle principali patologie, il rilancio della ricerca. Quanto alle regole di finanziamento, i tre livelli di assistenza sui cui si misurano le quote capitarie, se valgono a definire il limite di copertura pubblica, mantengono tuttavia la natura di vincolo su spesa e prestazioni da rendere.

La prevenzione chiama in causa scelte allocative più consistenti, con conseguente redistribuzione fra i tre nuovi livelli di assistenza, a loro volta articolati in sottolivelli: i) assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro; ii) assistenza distrettuale; iii) assistenza ospedaliera.

Per il triennio 1998-2000 la quota capitaria di finanziamento tiene conto dei tassi di inflazione e crescita reale del PIL, previsti dal DPEF 1998-2000; è pari, rispettivamente a: lire 1.795.305 per il 1998; lire 1.849.165 per il 1999 [+ 3%]; lire 1.904.640 per il 2000 [+ 3%].

Resta nell'impianto complessivo della riforma e nella attuazione che vi ha dato il d.lgs. 229/99, il ruolo centrale della programmazione sanitaria affidato tuttavia ad una complessità organizzativa ove il PSN, da sottoporre al parere del Ministro della sanità prima della approvazione, si coordina con i PSR a loro volta doppiati dai programmi attuativi locali di competenza comunale.

Di rilievo la ridefinizione dei rapporti fra Stato, Regioni e autonomie locali. Al raccordo tra livelli di governo provvede l'Agenzia per i servizi sanitari regionali il cui riordino è avvenuto con d.lgs 31 marzo 1998 n. 115.

Pur nel contesto di numerose attribuzioni riservate alle Regioni, il Governo centrale conserva notevoli poteri che si intendono correlati alla funzione di indirizzo, coordinamento e controllo del sistema. Per dare concreta attuazione alla riforma, è previsto un capillare intervento di provvedimenti ministeriali.

Da segnalare il coinvolgimento dei Comuni, sia in funzione di una gestione integrata degli interventi socio-sanitari e socio-assistenziali, sia tramite la partecipazione alla conferenza permanente per la programmazione sanitaria e più specificamente al piano attuativo locale [art.2 e 3-septies].

Inoltre è concessa ai Comuni la possibilità di offrire ulteriori prestazioni rispetto a quelle garantite a livello regionale, con onere a carico di propri bilanci e autonoma responsabilità per la necessaria copertura finanziaria [art.2 comma 2-quinquies, lett. H].

Per quanto riguarda le unità sanitarie locali, il d.lgs. 229 ne dispone un nuovo assetto nella configurazione di enti dotati di personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale, organizzati sulla base di una regolamentazione di diritto privato che prevede strutture operative con autonomia gestionale, tecnica, finanziaria e contabile,

ma pure responsabilità diretta dei dirigenti rispetto al vincolo di bilancio attraverso l'equilibrio dei costi e dei ricavi nonché dei criteri di efficacia, efficienza e economicità.

La responsabilità della gestione spetta ai direttori generali, la cui attività di direzione e di individuazione degli obiettivi è soggetta a periodica valutazione da parte della Regione anche sulla base del parere del sindaco e della conferenza dei sindaci [art.3-bis, comma 6] e comunque sulla base di criteri di valutazione determinati preventivamente e in via generale [art.3-bis, comma 5].

Il decreto legislativo 229 riprende le linee direttive del Piano Sanitario Nazionale 1998/2000 privilegiando un concetto di salute meno legato al momento di "cura della malattia" e ove centralità assumono prevenzione e riabilitazione in un quadro di integrazione dei servizi sanitari con i servizi sociali.

In questa stessa linea si colloca il potenziamento dei trattamenti alternativi al ricovero ospedaliero, con la conseguente riconversione delle strutture sanitarie.

In coerenza con il nuovo disegno è il ruolo assegnato al dipartimento di prevenzione chiamato ad operare nell'ambito del Piano attuativo locale [art. 7-bis e 7-quater], mentre l'articolazione in distretti è destinata a comportare una notevole capillarità operativa [art. 3-quater e 3-quinques].

Il dipartimento di prevenzione garantisce la tutela della salute collettiva, la prevenzione delle malattie e delle disabilità, il miglioramento della qualità della vita, in linea con le indicazioni del Piano sanitario nazionale 1998/2000, con attenzione al contesto ambientale, alla salute animale, alla sicurezza degli alimenti e alla prevenzione dei rischi nei luoghi di lavoro. Rappresenta una struttura operativa dell'*usl* con autonomia organizzativa e contabile; nell'ambito del piano attuativo locale, costituisce punto di riferimento delle attività sul territorio.

Il Distretto è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio *usl*. Esso deve garantire i servizi di assistenza primaria.

La realizzazione di strutture e l'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie sono subordinate ad autorizzazione, ad accreditamento e alla stipula di accordi contrattuali [art.8-bis]. L'autorizzazione, da parte della Regione, presuppone la verifica di requisiti stabiliti con atto di indirizzo e coordinamento ai sensi dell'art.8, legge 59/'97 e sulla

base di quanto previsto dall'art. 8, comma 4, del d.lgs 419/'98 [art. 8-ter]. L'accREDITAMENTO istituzionale viene rilasciato dalla Regione alle strutture autorizzate in possesso di requisiti di qualificazione, funzionali rispetto alla programmazione regionale e previa verifica dell'attività svolta e dei risultati raggiunti. [8-quater].

Quanto agli accordi [art. 8-quinquies], la definizione dell'ambito di applicazione e dei principali contenuti spetta alle Regioni, mentre alla stipulazione è demandata la fissazione del volume delle prestazioni, dei requisiti del servizio, del corrispettivo per le attività prestate in eccedenza a quelle concordate [art. 8-quinquies].

In questo quadro di maggiore centralizzazione del sistema, notevole ridimensionamento subisce il finanziamento a tariffa delle prestazioni, mantenuto per alcuni trattamenti ospedalieri con riguardo alle "strutture accreditate" ed esclusione, a quel che sembra, dei presidi ospedalieri.

Il rispetto degli accordi contrattuali da parte dei soggetti interessati, la qualità dell'assistenza e l'appropriatezza delle prestazioni rese, vengono assicurati tramite un sistema di monitoraggio e controllo da parte delle Regioni e delle stesse aziende sanitarie locali, sulla base di criteri per la verifica della effettiva erogazione della necessità clinica nonché dell'appropriatezza dei ricoveri, delle forme e delle modalità di erogazione dell'assistenza.

Rilevante spessore, nella logica della riforma, è del resto affidato al sistema dei controlli, sia con riguardo ai risultati delle gestioni sanitarie e alle azioni correttive regionali, sia per quanto attiene alla conferma dei dirigenti e alla corresponsione degli incentivi di risultato.

Per concludere vale richiamare quanto anticipato al paragrafo 2, II^a Parte della relazione ove non si è mancato di osservare il brusco cambiamento operato con la riforma-ter e il diffuso riemergere di vincoli, controlli e sanzioni a scapito degli incentivi all'efficienza, dei meccanismi di competizione concorrenziale, del margine riservato all'autonomia e responsabilizzazione del livello regionale e aziendale. Va altresì ribadito quanto pure rilevato sugli aspetti di maggiore problematicità: i) la complessità organizzativa e procedurale della programmazione sanitaria, insita nelle esigenze di raccordo tra Piano nazionale [art. 1], Piani regionali [art. 1], Piani attuativi locali [art. 2] e programmi delle attività locali [art. 3-quater], con l'ulteriore difficoltà di

coerente avvalimento del ruolo prefigurato per l'ente locale che, tramite la Conferenza dei sindaci e il Comitato dei sindaci di distretto, è chiamato a svolgere funzioni di indirizzo, programmazione e controllo senza tuttavia alcun riscontro sul piano della corresponsabilità finanziaria; ii) la più ampia articolazione strutturale in virtù delle competenze assegnate ai distretti in materia di coordinamento e governo dei presidi ospedalieri sottratti alla diretta influenza delle *asl* con il rischio peraltro di implementazione nei costi, ampliamento dei fabbisogni di personale ed eccessiva frammentazione dei controlli; iii) la difficoltà di lettura dell'art. 8-sexies, commi 4 e 5, laddove dalle "strutture accreditate" finanziate a tariffa sembrerebbero esclusi i presidi ospedalieri con conseguente eccessivo favore accordato al sistema di integrazione finanziaria di tipo verticale.

Va infine ricordato che, in attuazione alla delega recata all'art.6 della legge 419/'98, è stato approvato il 28 dicembre scorso il decreto legislativo n. 517 che disciplina ex novo i rapporti tra il S.S.N. e l'Università. Non poche le novità, fra le quali va ricordata la transitoria duplicità del modello aziendale sulla base di due tipologie organizzative a seconda della derivazione dalla trasformazione dei Policlinici universitari o dai presidi ospedalieri; aziende ospedaliere, dunque rispettivamente integrate con il S.S.N. o con l'Università [art. 2]. Al 2005 è rinviata la scelta definitiva del modello unico aziendale [art. 2, comma 3].

Quanto al finanziamento e agli altri sostegni di natura economica, è previsto che vi concorranno sia l'Università, sia il fondo sanitario regionale: la prima, con l'apporto di personale docente e non docente, di beni mobili e immobili; le Regioni, tramite il finanziamento delle attività svolte sulla base di un corrispettivo il cui ammontare è predefinito ai sensi dell'articolo 8-sexies del decreto legislativo 229/'99.

Sul piano dell'organizzazione interna, il modello dipartimentale assume particolari connotazioni in relazione a protocolli d'intesa Regione-Università valevoli a regolare i rapporti fra dipartimenti ad attività integrata e dipartimenti universitari.

7.2. Le gestioni liquidatorie e i provvedimenti di ripiano dei disavanzi pregressi

La disciplina vigente in tema di ripiano dei disavanzi pregressi in sanità ha previsto che a partire dall'anno 1990 le Regioni concorrano con i propri bilanci al

sostegno di parte dei deficit prodotti dalla gestione dell'assistenza sanitaria, conseguenti all'erogazione di livelli superiori a quelli uniformi fissati dal PSN o comunque non conseguenti a provvedimenti di carattere nazionale.

Risale al 1994 [legge 724/'94] la netta separazione, dal punto di vista contabile e finanziario, delle gestioni sanitarie, svolte sino a quell'anno, da quelle successive; le cosiddette gestioni "stralcio" sono state poi trasformate [legge 549/'95] in gestioni "liquidatorie" e ai direttori generali delle aziende sanitarie e ospedaliere sono state attribuite le funzioni di commissari liquidatori.

Ciò posto va considerato che a seguito degli accertamenti e delle verifiche demandate ai commissari liquidatori, il disavanzo progresso riferibile alle gestioni stralcio - nel consolidamento di debiti, crediti, liquidità - è stato rideterminato, sulla base delle certificazioni dei Presidenti delle Regioni, in 11.625 miliardi al netto di quanto sanato in base a normative pregresse. Nel 1997 è avvenuta l'erogazione a ripiano di 5.000 miliardi da parte del Tesoro ai sensi dell'art. 1 della legge 21 del 1997.

Successivamente è stata effettuata la ripartizione dell'ulteriore quota a carico dello Stato prevista dal comma 1-bis della medesima legge 21/'97 e pari a 3.200 miliardi; i quali, sulla base di quanto disposto all'art. 54, comma 13, del collegato alla finanziaria '98 sono stati inseriti in tabella F suddivisi in due quote rispettivamente pari a 2.880 miliardi per l'anno 1998 e 320 miliardi per il 1999 [per maggiori dettagli, v.: Relazione sulla finanza regionale anno 1997].

La seguente tabella dà conto della ripartizione del residuo debito non ripianato, ove ai 3.425 miliardi rimasti senza copertura [11.625 mld - 8.200 mld] vanno aggiunte sopravvenienze ulteriori a debito per circa 1.098 miliardi.

TAB 72/REG

DISAVANZI SANITA' 1987/1994 - RIPIANI EX ART. 1 E Ibis L. 21/1997 - RESIDUO

(in miliardi)

REGIONI	DISAVANZI *	RIPIANI			RESIDUO DISAVANZO c (a+d)	SOPRAVV. ZE al 31.12.98 f	TOTALE DISAVANZO RESIDUO e (e+f)
		QUOTA EROGATA NEL 1997 (art. 1) b	QUOTA EROGATA nel 1998 e nel 1999 (art. 1-bis) c	TOTALE d			
PIEMONTE	-	-	-	-	-	-	-
VAL D'AOSTA	-	-	-	-	-	-	-
LOMBARDIA	-718	319	188	507	-211	-18	-229
P.A. BOLZANO	0	-	-	-	0	0	0
P.A. TRENTO	0	-	-	-	0	0	0
VENETO	-668	297	175	472	-196	-47	-243
FRIULI V.G.	-39	17	10	27	-12	-16	-28
LIGURIA	-652	289	170	459	-193	-63	-256
EMILIA ROMAGNA	-1.587	704	415	1.119	-468	-118	-586
TOSCANA	-842	374	220	594	-248	-69	-317
UMBRIA	-169	75	44	119	-50	24	-26
MARCHE	-396	176	104	280	-116	13	-103
LAZIO	-2.603	1.156	680	1.836	-767	-259	-1.026
ABRUZZO	-48	-	34	34	-14	11	-3
MOLISE	-23	10	6	16	-7	-2	-9
CAMPANIA	-2.035	904	532	1.436	-599	-52	-651
PUGLIA	-417	185	109	294	-123	-384	-507
BASILICATA	0	-	-	-	0	0	0
CALABRIA	-414	184	108	292	-122	-89	-211
SICILIA	-930	273	383	656	-274	3	-271
SARDEGNA	-84	37	22	59	-25	-32	-57
TOTALE	-11.625	5.000	3.200	8.200	-3.425	-1.098	-4.523
TOTALE AL NETTO REGIONI STATUTO SPEC. E PROV. AUTONOME	-10.572	4.673	2.785	7.458	-3.114	-1.053	-4.167

Fonte: Ministero della Sanità

*Certificazioni dei Presidenti delle Regioni - ripartizione L.21/97

N.B. i ripiani ex art. 1 della legge 21/97 sono pari a 5.000 mld ma nella gestione sono altresì confluiti 150 miliardi di mutui contratti dalla Liguria e 57 miliardi di mutui contratti dalla Puglia con istituti di credito

7.3. I disavanzi 1995-1997 nella gestione dell'assistenza sanitaria. Il "nuovo corso" e le ulteriori esigenze di ripiano

Analisi particolare meritano le cosiddette gestioni del "nuovo corso" riferibili agli anni 1995-1997.

A riguardo di tali gestioni trovano infatti compiuta operatività le disposizioni introdotte con l'art. 28 del collegato alla finanziaria per il '99 [legge 448/'98 - patto di stabilità interno, comma 9]. Con la disciplina in questione si è perseguito l'obiettivo di determinare con sufficiente precisione entità e ulteriori esigenze di ripiano delle gestioni 1995-1997 tramite una speciale procedura di concertazione e verifica per un definitivo accertamento dei disavanzi del servizio sanitario anteriori al 1997. Di qui l'onere per le Regioni di relazionare al Ministro della sanità [entro il 20 febbraio 1999] lo stato di attuazione dei provvedimenti di ripiano della maggiore spesa sanitaria di competenza regionale a tutto l'anno 1994, nonché di trasmettere i riepilogativi regionali dei consuntivi delle aziende sanitarie e ospedaliere relativi al triennio '95-'97. Ciò, al fine di individuare in sede di Conferenza Stato-Regioni la quota di maggiore spesa attribuibile a provvedimenti di carattere nazionale e/o regionale.

La circolare esplicativa del Ministero della sanità [in data 27 gennaio 1999] nel definire la metodologia di attuazione delle suindicate disposizioni, precisava altresì che tutta la documentazione e le relative schede allegate dovevano essere sottoscritte del Presidente della Regione.

La seguente tabella riporta i dati definitivi per gli anni '95-'97 con separata indicazione per ciascuna Regione di entrate e spese, rispettivamente disaggregate per fonti di finanziamento e per categorie economiche.

TAB. 73/REG

SPESA E FINANZIAMENTO CORRENTE DEL SSN
RISULTATI FINALI DI GESTIONE
ANNI 1995 - 1997

(in miliardi)

REGIONI	SPESA con mobilità						FINANZIAMENTO al netto riequilibrio e mobilità						DISAVANZI (-) / AVANZI					
	1995		1996		1997		1995		1996		1997		1995		1996		1997	
	Totale	Procapite (in mgli)	Totale	Procapite (in mgli)	Totale	Procapite (in mgli)	Totale	Procapite (in mgli)	Totale	Procapite (in mgli)	Totale	Procapite (in mgli)	Totale	Procapite (in mgli)	Totale	Procapite (in mgli)	Totale	Procapite (in mgli)
PIEMONTE	6.910	1.609	7.446	1.735	8.328	1.940	6.903	1.608	7.316	1.705	7.578	1.765	-7	-2	-130	-30	-750	-175
VALLE D'AOSTA	201	1.695	223	1.876	271	2.271	159	1.339	187	1.570	200	1.671	-42	-356	-36	106	-71	-600
LOMBARDIA	15.037	1.686	16.551	1.851	17.650	1.967	14.753	1.654	15.726	1.759	16.171	1.802	-284	-12	-825	-92	-1.479	-165
PROV. BOLZANO	865	1.921	982	2.169	1.079	2.367	721	1.600	755	1.667	815	1.787	-144	-321	-227	302	-264	-379
PROV. TRENTO	821	1.781	867	1.871	985	2.115	710	1.541	744	1.607	812	1.715	-111	-241	-123	-261	-173	-172
VENETO	7.415	1.675	7.989	1.798	8.774	1.967	7.409	1.673	7.809	1.758	8.014	1.796	-6	-1	-180	-41	-760	-170
FRIULI V.G.	2.021	1.698	2.146	1.807	2.425	2.046	2.001	1.684	2.125	1.789	2.208	1.862	-20	-11	-21	-18	-217	-183
LIGURIA	3.086	1.858	3.297	1.992	3.498	2.125	2.909	1.751	3.072	1.857	3.088	1.876	-177	-107	-225	-136	-410	-219
EMILIA ROMAGNA	7.404	1.887	8.164	2.077	8.406	2.132	6.879	1.753	7.311	1.860	7.500	1.902	-525	-134	-853	-217	-906	-230
TOSCANA	6.098	1.710	6.560	1.862	6.911	1.960	5.895	1.672	6.413	1.820	6.373	1.807	-203	-58	-147	42	-538	-151
UMBRIA	1.381	1.675	1.459	1.763	1.644	1.979	1.434	1.740	1.476	1.783	1.541	1.855	53	64	17	20	-103	-124
MARCHE	2.482	1.721	2.619	1.812	2.885	1.991	2.410	1.671	2.473	1.711	2.520	1.739	-72	-50	-146	-101	-365	-252
LAZIO	8.959	1.724	9.695	1.861	10.602	2.027	8.294	1.596	8.753	1.680	8.833	1.689	-665	-128	-942	-181	-1.769	-338
ABRUZZO	1.869	1.472	2.130	1.674	2.335	1.832	1.962	1.546	2.082	1.636	2.139	1.678	93	71	-48	-18	-196	-154
MOLISE	500	1.506	545	1.647	606	1.834	533	1.605	558	1.684	568	1.720	33	74	13	38	-38	-111
CAMPANIA	8.282	1.439	9.059	1.569	10.571	1.825	8.694	1.511	9.181	1.590	9.335	1.612	412	99	122	21	-1.236	-213
PUGLIA	6.185	1.516	6.752	1.653	6.996	1.711	6.300	1.544	6.754	1.653	6.629	1.621	115	72	2	0	-367	-90
BASILICATA	837	1.372	896	1.472	953	1.565	890	1.458	923	1.516	915	1.502	53	28	27	42	-38	-62
CALABRIA	2.901	1.397	3.204	1.544	3.564	1.720	3.072	1.480	3.194	1.539	3.196	1.542	171	86	-10	-5	-368	-177
SICILIA	7.358	1.416	7.886	1.517	8.323	1.631	7.510	1.476	8.019	1.571	8.075	1.582	152	83	133	26	-218	-49
SARDEGNA	2.771	1.669	2.817	1.691	3.029	1.822	2.566	1.546	2.710	1.610	2.739	1.648	-205	27	-107	-65	-290	-125
TOTALE ALGEBRICO	93.383	1.669	101.287	1.765	109.835	1.910	92.004	1.606	97.581	1.700	99.249	1.716	-1.379	-124	-3.706	-65	-10.586	-184
TOTALE DISAVANZI													-2.461		-4.020		-10.586	
TOTALE R.S.O.	79.346	1.641	86.366	1.784	93.723	2.596	78.337	1.621	83.041	1.715	84.400	1.740	-1.009	-21	-3.325	-69	-9.323	-192
TOTALI DISAVANZI R.S.O.													-1.939		-3.506		-9.323	

Fonte: Ministero della sanità: dati di spese e entrate proprie sono certificati dai Presidenti delle Regioni ai sensi dell'art. 28 co. 9 l. 448/98

I dati esposti aggiornano quelli già riportati nella relazione dello scorso anno per tener conto delle procedure attivate nell'anno '99 in attuazione delle illustrate disposizioni recate all'art. 28.

Resta confermato l'elevato importo di disavanzo riferibile al 1997. Si tratta 10.586 miliardi con peggioramento rispetto all'anno precedente di oltre 6.000 miliardi [al netto di singole situazioni regionali di avanzo].

Gli anni del cosiddetto nuovo corso hanno registrato sino a '97 un disavanzo complessivo di 17.067 miliardi, mentre non migliori sono i risultati relativi al 1998 e 1999 per i quali si rinvia al successivo paragrafo.

Quanto all'anno '97, vanno segnalate specialmente le situazioni di disavanzo del Lazio [-1.769 mld], Lombardia [-1.479 mld], Campania [-1.236 mld]. Specie quest'ultima Regione espone un esito di fine anno del tutto anomalo rispetto alla situazione di avanzo registrata invece nei due esercizi precedenti; da rilevare a Riguardo come sia specialmente la spesa, con una considerevole crescita nel '97 ad aver influito sullo squilibrio finale. Fra le voci di maggiore scostamento rispetto all'anno precedente è da segnalare quella relativa al personale [+632 mld], seguita dall'ospedaliera convenzionata [+182 mld] e dalla farmaceutica [+166 mld].

7.4. Entrate, uscite e disavanzi relativi agli anni 1998 e 1999

Per quanto riguarda il finanziamento della spesa per l'assistenza sanitaria la legge 662 del 1996 [art. 1, comma 34], ai fini della calcolo della quota capitare ha fissato i seguenti nuovi criteri: i) popolazione residente; ii) frequenza dei consumi sanitari per età e sesso; iii) tasso di mortalità; iv) indicatori di bisogno sanitario; v) indicatori epidemiologici.

La definizione delle disponibilità complessive viene concordata fra Sanità e Tesoro in sede di impostazione di finanziaria, mentre la ripartizione del FSN presuppone il parere favorevole della Conferenza Stato-Regioni. Questo è stato espresso, per l'anno 1998, il 30 luglio dello stesso anno e vi ha fatto seguito la deliberazione CIPE 5 agosto 1998 n. 84 per l'assegnazione in via provvisoria dello stanziamento netto del FSN-parte corrente a favore delle Regioni [UPB 7.1.2.1., Cap. 5941].

La ricostruzione completa indica per il 1998 un finanziamento complessivo di 104.541 miliardi la cui composizione si articola come segue:

62.231 miliardi [stimati] di IRAP, addizionale IRPEF, contributi malattia [residui '97] attribuiti direttamente alle Regioni;

4.514 miliardi [stimati] di entrate proprie della asl;

5.730 miliardi di partecipazioni delle Regioni a statuto speciale;

32.065 miliardi per FSN, di cui 30.984 miliardi assegnati alle Regioni quale quota indistinta per finanziamento dei livelli di assistenza sanitaria.

La seguente tabella definisce la quota corrispondente all'integrazione a carico del bilancio Stato, nonché l'importo stimato della percentuale IRAP da destinare alla sanità e l'importo dei contributi sanitari relativi all'anno 1997 da contabilizzare nell'anno '98 ai sensi dell'art. 38, comma 2, del d.lgs. 446/97.

Per quanto riguarda IRAP e IRPEF il d.lgs. 446/97 ha sostituito i contributi sanitari con il 90% del gettito IRAP - calcolato al netto dei riversamenti allo Stato per imposta patrimoniale soppressa e per costi di riscossione - e con il 100% del gettito IRPEF. Tuttavia nella competenza '98 rientrano le riscossioni di residui di contributi sanitari afferenti l'anno '97.

FONDO SANITARIO NAZIONALE - PARTE CORRENTE
ANNO 1998

(in milioni)

REGIONI	Contributi sanitari (*)	IRAP - Sanità Previsioni	(a) + (b)	Quota a carico dello Stato	TOTALE ASSEGNAZIONE (c) + (d)
	(a)	(b)	(c)	(d)	
Piemonte	833.000	4.529.000	5.362.000	2.222.337	7.584.337
Valle d'Aosta	14.471	125.000	139.471		139.471
Lombardia	1.988.000	12.414.000	14.402.000	1.503.183	15.905.183
Prov. Auton. Bolzano	100.000	506.000	606.000		606.000
Prov. Auton. Trento	81.852	474.000	555.852		555.852
Veneto	853.000	4.758.000	5.611.000	2.240.162	7.851.162
Friuli V. Giulia	236.000	1.128.000	1.364.000		1.364.000
Liguria	306.000	1.619.000	1.925.000	1.226.140	3.151.140
E. Romagna	815.000	4.698.000	5.513.000	1.850.155	7.363.155
Toscana	662.000	3.472.000	4.134.000	2.251.129	6.385.129
Umbria	133.000	706.000	839.000	686.798	1.525.798
Marche	238.000	1.276.000	1.514.000	952.213	2.466.213
Lazio	1.018.000	6.042.000	7.060.000	1.819.426	8.879.426
Abruzzo	160.000	916.000	1.076.000	1.102.344	2.178.344
Molise	36.000	184.000	220.000	343.633	563.633
Campania	570.000	2.985.000	3.555.000	5.751.493	9.306.493
Puglia	448.000	2.063.000	2.511.000	4.147.252	6.658.252
Basilicata	65.000	321.000	386.000	539.620	925.620
Calabria	201.000	910.000	1.111.000	2.116.321	3.227.321
Sicilia	559.000	2.558.000	3.117.000	1.539.327	4.656.327
Sardegna	199.000	1.031.000	1.230.000	692.824	1.922.824
TOTALE GENERALE	9.516.323	52.715.000	62.231.323	30.984.357	93.215.680

FONTE: delibera CIPE 5 agosto 1998

(*) Contributi sanitari relativi all'anno precedente, contabilizzati nell'anno in corso, ai sensi dell'art. 38 d.lgs. n.446/97.

A proposito dei dati sopra riportati va in primò luogo considerato che le risultanze di consuntivo depongono per un consistente scostamento rispetto alle previsioni-, ciò con riguardo all'andamento del gettito IRAP 1998. Da ricordare a riguardo che ai sensi dell'art. 38 del d. lgs. 446/97, il fondo sanitario nazionale di parte corrente è determinato per differenza con la dotazione propria regionale riservata alla spesa per l'assistenza sanitaria e cioè il totale gettito dell'addizionale IRPEF e il 90% del gettito IRAP al netto delle quote attribuite allo Stato ai sensi dell'art. 26.

Al reintegro del minore introito netto IRAP si è dovuto fare carico il bilancio dello Stato. Alla relativa copertura, ai sensi dell'art. 39, comma 3 del d. lgs. 15 dicembre 1976, ha innanzitutto provveduto la finanziaria 2000 [legge 23.12.1999 n. 488] mediante allocazione di 7.333 miliardi per regolazioni contabili, iscritti in tabella C [capitolo 3701 Ministero del tesoro].

Da dire a riguardo che, rispetto all'originario prospetto di finanziamento di cui alla delibera CIPE 5 agosto 1998 [v. tabella sopra riportata] il minor afflusso IRAP riservato alla sanità [90%, detratti i versamenti allo Stato] ascende a 11.890 miliardi [52.715 mld - 40.825 mld], a sostegno dei quali figurano: 7.333 mld allocati in finanziaria 2000, 3.312 miliardi di maggiori contributi sanitari [12.828 > 9.516], 194 miliardi di IRPEF e 1315 mld per recupero nella rideterminazione IRAP '99 quale saldo '98 confluito nel calcolo delle compensazione interregionale. La ripartizione delle quote spettanti alle Regioni dei 7.333 è avvenuta tuttavia ad anno 2000 inoltrato [v. tabella seguente 75/REG].

Il che offre spunto per avvisare della preoccupazione di questa Corte in ordine ai reiterati e continui slittamenti nelle erogazioni di finanziamenti dovuti alle Regioni ma poi corrisposti, come in quest'ultimo caso, oltre due anni quello di spettanza. Il che vale a sconvolgere ogni buona intenzione di programmazione e razionale progettazione della spesa.

TAB. 25/REG

FONDO SANITARIO NAZIONALE
ANNO 1998

(in milioni)

REGIONI	CONTRIBUTI SANITARI ATTRIBUITI C.I.P.E. 05/06/1998	IRAP gettito presunto C.I.P.E. 05/06/1998	TOTALE PRESUNTO col. (1) + (2)	CONTRIBUTI SANITARI EFFETTIVI	IRAP gettito effettivo	GETTITO ADDIZ. REG. IRPEF (0,5%) al 31/12/1998	TOTALE EFFETTIVO col. (4) + (5) + (6)	SALDO DARE ALLE REGIONI col. (3) - (7) *	SALDO AVERE DALLE REGIONI col. (7) - (3) *	SALDO col. (8) - (9) *	CONGUAGLIO CONTRIBUTI ANNO 1997 E PRECEDENTI (11)	SALDO TOTALE col. (10) + (11) (12)
PIEMONTE	833.000	4.529.000	5.362.000	1.047.014	3.755.115	13.613	4.815.742	546.258		546.258		546.258
VALLE D'AOSTA	14.471	125.000	139.471	29.299	113.871	673	143.843					
LOMBARDIA	1.948.000	12.414.000	14.402.000	2.407.324	9.933.886	37.375	12.378.585	2.023.415		2.023.415	33.834	2.057.249
PROV. BOLZANO	100.000	506.000	606.000	110.281	506.000	3.040	619.321					
PROV. TRENTO	81.852	474.000	555.852	104.225	474.000	2.611	580.836					
VENETO	853.000	4.758.000	5.611.000	1.237.506	4.018.687	17.903	5.274.096	336.904		336.904	5.973	342.877
FRIULI V.G.	236.000	1.128.000	1.364.000	301.060	1.075.064	3.933	1.380.057					
LIGURIA	306.000	1.619.000	1.925.000	357.751	1.110.293	11.817	1.479.861	445.139		445.139		445.139
E. ROMAGNA	815.000	4.698.000	5.513.000	1.018.314	3.887.971	13.437	4.919.722	593.278		593.278	179	593.457
TOSCANA	662.000	3.472.000	4.134.000	853.280	2.809.210	10.501	3.672.991	461.009		461.009		461.009
UMBRIA	131.000	706.000	839.000	152.931	514.360	2.376	669.667	169.333		169.333		169.333
MARCHE	238.000	1.276.000	1.514.000	543.472	1.053.262	4.301	1.601.035		87.035	-87.035		-87.035
LAZIO	1.018.000	6.042.000	7.060.000	1.195.240	4.743.533	20.119	5.958.892	1.101.108		1.101.108		1.101.108
ABRUZZO	160.000	916.000	1.076.000	241.286	669.626	4.370	915.282	160.718		160.718		160.718
MOI. SE	36.000	184.000	220.000	50.821	142.117	832	193.770	26.230		26.230		26.230
CAMPANIA	570.000	2.985.000	3.555.000	1.093.958	2.102.680	14.252	3.210.890	344.110		344.110		344.110
PUGLIA	448.000	2.063.000	2.511.000	604.005	1.499.166	8.934	2.112.105	398.895		398.895		398.895
BASILICATA	65.000	321.000	386.000	94.778	243.872	1.054	339.704	46.296		46.296		46.296
CALABRIA	201.000	910.000	1.111.000	327.827	654.347	4.357	986.531	124.469		124.469		124.469
SICILIA	559.000	2.558.000	3.117.000	777.839	1.914.120	12.114	2.704.073	412.927		412.927		412.927
SARDEGNA	199.000	1.031.000	1.230.000	280.576	753.105	6.359	1.040.040	189.960		189.960		189.960
TOTALE	9.516.323	52.715.000	62.231.323	12.828.787	41.974.285	193.971	54.997.043	7.380.049	87.035	7.293.014	39.986	7.333.000

Fonte: Ministero della Sanità - SCPS

* Escluso le province autonome e le Regioni Valle d'Aosta e Friuli Venezia Giulia (ex art. 34, comma 3 legge n. 724/92 e ex art. 1, comma 144 legge n. 662/96).