

3. La costruzione delle previsioni ed i dati provvisori sul fabbisogno 1998.

Nella costruzione del quadro programmatico del finanziamento per il 1998 si è tenuto conto, come derivanti dalla manovra, di risparmi "immediati"³¹ di spesa di complessivi 850 miliardi, (di cui 450 miliardi per riduzione della spesa per beni e servizi, 200 miliardi per riduzione delle prestazioni di fisiochinesiterapia, 100 miliardi derivanti dalla razionalizzazione della specialistica ambulatoriale, 60 miliardi per minor onere relativo al contenzioso sul prezzo dei medicinali, 30 miliardi per l'abolizione dell'obbligo della vaccinazione contro il tifo e 10 miliardi per la razionalizzazione del regime della partecipazione alla spesa sanitaria e delle esenzioni da ticket).

Per il 1998 il finanziamento corrente del Servizio sanitario nazionale pari a 104.541 miliardi (1.816 mila lire pro-capite), si compone delle seguenti voci: per 62.231 miliardi, stimati, di IRAP, addizionale IRPEF (oltre ai quali si è tenuto conto della quota contributi di malattia residui '97), attribuiti direttamente alle regioni³²; per 5.730 miliardi dalla partecipazione delle regioni a statuto

³¹ In base alle disposizioni del collegato era stata complessivamente prevista nella relazione tecnica iniziale una riduzione di 1.100 mld. per il 1998.

³² Per quanto riguarda l'IRAP e l'addizionale IRPEF, va ricordato che dal 1° gennaio 1998, a norma del D. Lgs 446/97, l'IRAP ha sostituito i contributi di malattia (la voce relativa al 1998 comprende i contributi di malattia riscossi nell'anno, ma di competenza del 1997); al finanziamento della spesa sanitaria deve essere destinato il 90% (al netto di quanto dovuto allo Stato per il servizio di riscossione) del gettito della prima imposta nonché l'intero gettito della seconda (con aliquota, per il 1998, dello 0,50). Per il riparto del FSN 1998 nella delibera CIPE del 5 agosto 1998 l'incremento del gettito IRAP e dei contributi 1997 sono per il 1998 rispettivamente stimati in 52.715 mld. e 9.516,3 mld. e sono nel totale calcolati per 62.231,3 mld. e la quota del Fsn ripartita tra le regioni ammonta a 30.984,4 mld..

speciale³³ (5.474 nel 1997; 4.273 nel 1996 e 3.130 nel 1995), in base alla legge n. 38/1990 e successive modifiche; per 4.514 miliardi, stimati, di entrate proprie³⁴ delle aziende sanitarie (3.800 mld. nel 1997); per la restante quota dal FSN di parte corrente^{35 36}.

A fronte di tale quadro previsionale, la spesa stimata dal Dipartimento della Programmazione del ministero della sanità, indica un'ammontare provvisorio, per il 1998, di 113.376 mld, con un incremento del 3,8% rispetto all'anno precedente, che segnalava invece un aumento del 8,8% sul 1996; i precedenti analoghi indici

³³ Le partecipazioni delle regioni a statuto speciale e provincie autonome ex L. 3 8/90 sono state previste a partire dall'esercizio 1990 e le relative percentuali sono disposte con legge.

³⁴ Le entrate proprie delle aziende sanitarie sono rappresentate principalmente dalle partecipazioni al costo delle prestazioni erogate dal Ssn da parte dei cittadini non esenti, che costituiscono vere e proprie entrate per il Ssn, nel caso dei "ticket" corrisposti a fronte di prestazioni erogate da strutture a gestione diretta del Ssn. A tale riguardo, come si è detto, la l. 449/97 (collegato alla legge finanziaria per il 1998) ha previsto una revisione complessiva del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni, in termini di prestazioni incluse, di relative entità di partecipazione e di condizioni di bisogno che danno diritto all'esenzione, sia economiche, sia di patologia. Rientrano nelle entrate proprie anche i proventi derivanti da attività erogate a pagamento dalle aziende sanitarie e dalle gestioni patrimoniali e finanziarie delle stesse aziende.

³⁵ Il Fondo sanitario nazionale di parte corrente rappresenta l'integrazione finanziaria dello Stato, con risorse attinte dalla fiscalità generale, per le esigenze del Ssn e viene determinato deducendo dal fabbisogno finanziario complessivo, corretto con la mobilità sanitaria interregionale, le risorse proprie delle regioni e delle aziende sanitarie (IRAP, addizionale IRPEF, entrate proprie e partecipazioni delle regioni a statuto speciale ex L. 38/90). A partire dal 1997, il Fsn di parte corrente viene determinato dalla legge di approvazione del bilancio di previsione dello Stato (art. 2, comma 175, L. 662/97). Per una analisi più dettagliata vedasi par. 5.2.

³⁶ Per il 1998, con delibera CIPE del 5 agosto 1998, dallo stanziamento di 33.370 mld., dedotti 178 mld. assegnati alla Croce Rossa, 41,4 mld. per compensazione della mobilità interregionale in favore della Provincia di Bolzano e della Regione Friuli, 210,9 mld. da assegnare all'ospedale Bambino Gesù (sinora ricompresi nel trasferimento alla regione Lazio), 1.947,3 mld. accantonati, "in attesa di proposte dal ministero della sanità", (di cui 1.200 mld. destinati a specifici obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale) la residua somma, pari a 30.984,357 mld (35.743,9 mld. nel 1997; 36.128,5 mld. nel 1996), è stata considerata a carico dello Stato, in aggiunta, ai fini del calcolo del finanziamento, degli indicati contributi sanitari, del contributo delle Regioni a statuto speciale nonché delle entrate proprie della U.S.L.

sono del 7,6% e dell'1,7%. Dedotti 897 mld. della spesa per altri enti³⁷, la spesa regionale, viene stimata in 112.480 mld.³⁸ (108.387 mld. nel 1997; 99.624 mld. nel 1996; 92.869 mld. nel 1995). Il relativo squilibrio è stimato, nella Relazione generale sulla situazione economica del Paese, vicino agli ottomila mld.³⁹, mentre sulla base delle ulteriori stime fornite dall'amministrazione e risultanti dal confronto con le regioni, viene indicato in 6666 mld, su una proiezione di spesa complessiva, al momento cifrata sui 111.301 mld.

Va comunque segnalato che per molte Regioni non è al momento ancora pervenuta la relativa rendicontazione al Dipartimento della programmazione, per cui si è proceduto ad una stima sulla base della spesa storica; risulta comunque

³⁷ Di cui 897 miliardi sostenuti da enti sanitari diversi dalle aziende sanitarie regionali (aziende Unità sanitarie locali e aziende ospedaliere) quali: Croce rossa italiana, Istituti zooprofilattici sperimentali, Cassa DDPP per mutui pre-riforma, Università per le borse di studio da assegnare ai medici specializzandi, Ospedale B. Gesù di Roma (dal 1996). Il finanziamento diretto per questi enti, svincolato dalla quota capitare per i livelli di assistenza, è previsto da leggi e provvedimenti specifici.

³⁸ I dati più recenti forniti dal dipartimento della Programmazione del ministero della Sanità stimano la spesa pari a 112286 mld.

³⁹ Va peraltro evidenziato che nelle indicate costruzioni viene ad emergere una considerazione del F.S.N. "utilizzato" nell'anno, che prescinde dalle sole valutazioni di competenza, e include anche altre voci relative ad esercizi precedenti, ma appunto utilizzate nell'anno. La Relazione generale sulla situazione economica del Paese, attribuisce la maggiore spesa rispetto a quella stimata, in particolare, per quanto riguarda l'incremento della spesa per il personale e di quella per beni e servizi ad un aumento del numero delle prestazioni erogate nelle strutture ospedaliere e specialistiche a gestione diretta, che si riflette a sua volta in un incremento delle quote accessorie del trattamento economico del personale dipendente nonché delle spese per beni e servizi. Ulteriori cause della maggiore spesa possono ricondursi alla erogazione da parte di alcune realtà regionali di livelli di assistenza sanitaria quantitativamente e qualitativamente superiori rispetto a quelli definiti nel Piano sanitario nazionale a cui non ha fatto riscontro l'attuazione delle misure di autofinanziamento previste dall'art. 13 del D.L. gs 502/92 (intervento su aliquote dei contributi di malattia, sulle modalità di partecipazione alla spesa sanitaria da parte dei cittadini, sui limiti massimi di spesa per gli esenti, sui tributi regionali) alla parziale o mancata applicazione delle misure di contenimento della spesa sanitaria previste, oltre che dal collegato per il 1998 dalla vigente normativa si tratta della contrattazione con le strutture pubbliche e private ed i professionisti della quantità presunta per tipologia delle prestazioni sanitarie da erogare, anche ai fini della quantificazione degli oneri da sostenere il controllo della spesa delle aziende sanitarie attraverso l'eventuale attivazione, in caso di previsione di disavanzi, delle misure di autofinanziamento di cui all'art. 13 del D.L. gs 502/92; della predisposizione di un piano per l'utilizzazione economica, a vario titolo, degli immobili non indispensabili al mantenimento dei livelli delle prestazioni sanitarie.

differenziato il sistema di contabilizzazione e di riepilogo, talora effettuato in termini di contabilità finanziaria, altre volte di contabilità economica. Come già segnalato dalla Corte, la compresenza di sistemi differenziati di contabilità genera sensibili problemi di consolidamento e non consente ancora una chiara leggibilità delle risultanze complessive, necessarie per il monitoraggio e le correzioni degli andamenti, nonché per le previste integrazioni di riequilibrio da parte del centro.

Al di là della analisi degli scostamenti stimati (che possono registrare modifiche anche sensibili in sede di verifica, sulla base dei dati definitivi⁴⁰), deve comunque rilevarsi il permanere di un quadro previsionale ancora non coerente con gli andamenti effettivi, che trascende il solo esercizio considerato, e conferma negativamente un fenomeno che continua a rivestire preoccupante consistenza⁴¹. Nel rinviare per una più approfondita valutazione, sulla scorta dei dati definitivi che verranno elaborati ed acquisiti, alle successive sedi di esame della Corte, deve segnalarsi ancora una volta l'esigenza di una più trasparente e coerente ricostruzione previsionale e programmatica di bilancio, al fine di evitare

⁴⁰ Atteso che le risultanze indicate sono, come evidenziato, in buona parte stimate e non consentono dunque una valutazione definitiva, essendo, come si è detto, suscettibili di sensibili scostamenti in fase di effettiva rendicontazione, la Corte si riserva di operare una più ponderata valutazione sulla base degli elementi informativi definitivi che verranno trasmessi ed acquisiti.

⁴¹ Nel 1995 si era registrata una contrazione riguardo ai 94.557 mld. del 1994 ed ai 94.628 mld. del 1993), ove si era invece registrata una flessione rispetto al 1992, esercizio che, con 95.503 mld. aveva, invece, evidenziato una crescita rispetto al 1991 (93.438 mld.).

sia tensioni e squilibri a livello finanziario regionale sull'irrigidimento della spesa statale per oneri per interessi per ripiano della maggior spesa riscontrata⁴².

Va peraltro segnalato che la disponibilità di cassa viene assicurata alle regioni in base all'art. 38, 2° comma del D. lgs. 446/97, che prevede anticipazioni mensili da parte del Ministero del tesoro per importi pari ad un dodicesimo del complessivo presunto dell'IRAP e dell'integrazione statale. In definitiva viene privilegiata nel settore una ricomposizione dei flussi per cassa, rispetto ai profili di competenza, che, se assicura la necessaria liquidità alle regioni ed alle aziende, non giova alla visibilità e compiutezza delle previsioni programmatiche di bilancio e della conseguente decisione parlamentare. In tale ottica si innesta l'obiettivo di una prioritaria utilizzazione delle giacenze di tesoreria di parte corrente: al riguardo è da segnalare il trend discendente per l'ammontare delle giacenze nelle tesorerie provinciali delle aziende sanitarie esistenti ancora al 31 dicembre 1998⁴³ (per la parte corrente da 12.523 mld. del '95 ai 10.814 del '96, ai 6.950 del '97, ai 6.176 del '98).

Su di un piano più generale può peraltro segnalarsi una tendenza ad una lieve riduzione in termini percentuali della spesa sanitaria sul P.I.L. (6% nel

⁴² Va precisato che è consentito alle Regioni di derogare ai limiti di spesa fissati per talune voci (es. per i beni e servizi) dalla legge n. 724/1994, nel caso in cui le stesse certifichino il mantenimento delle proprie occorrenze finanziarie entro i limiti dello stanziamento determinato in ragione della quota capitaria ragguagliata ai livelli uniformi di assistenza sanitaria.

⁴³ Relazione generale sulla situazione economica del paese per il 1997 - al fine di perseguire il contenimento della spesa pubblica anche attraverso il miglioramento della situazione di cassa dello Stato, recenti norme (L. 662/96 e L. 30/97) hanno introdotto disposizioni volte a consentire l'effettiva erogazione di somme da parte del Tesoro sui conti aperti presso la tesoreria dello Stato a favore dei soggetti titolari di contabilità speciali, solo ad avvenuto accertamento dell'utilizzo di gran parte delle disponibilità esistenti sui conti medesimi.

1993; 5,7% nel 1994; 5,3% nel 1995; 5,4% nel 1996; 5,6 % nel 1997 e nel 1998)⁴⁴; nel confronto con i Paesi industrializzati, sulla base dei dati riportati nella Relazione generale sulla situazione economica del Paese per il 1998, l'Italia si trova allineata ai paesi che fanno riscontrare i valori non elevati della quota di risorse (pubbliche e private) complessivamente⁴⁵ destinate alla sanità.

Nonostante l'impegno, desumibile dai documenti governativi previsionali e di bilancio, ad una più aderente quantificazione programmatica, non si è sostanzialmente attenuato lo scarto, molto significativo nell'esercizio precedente, tra l'effettivo fabbisogno e le quantificazioni programmatiche. La spesa sanitaria pubblica pro-capite, pari a 1.969 mila lire nel 1998 con 1954 mila lire di spesa regionale,, continua a far riscontrare notevoli scostamenti a livello regionale^{46 47}.

⁴⁴ Relazione generale sulla situazione economica del paese per il 1997.

⁴⁵ OECD - Paris, 1998. Sulla base dei dati riportati nel rispetto all'insieme dei paesi industrializzati, l'Italia si trova allineata ai Paesi che fanno riscontrare i valori più bassi della quota di risorse complessivamente destinate alla sanità: nel 1995 solo il Regno Unito ed il Giappone dedicano alla spesa sanitaria complessiva una quota di Pil inferiore al 7,7% dell'Italia, rispettivamente il 6,9% ed il 7,2%; la Francia vi destina il 9,5%, la Germania il 9,9%, l'insieme dei paesi europei appartenenti all'Ocse, in media, l'8,2%, il Canada il 9,5%, gli Stati Uniti il 14,5% ed il complesso dei paesi Ocse, in media, l'8,6%. Più in particolare, l'Italia è tra i Paesi che destinano alla sanità la quota più contenuta di risorse pubbliche. Sempre nel 1995, a fronte dei 5,3% registrato in Italia, il Regno Unito fa registrare il 5,5%, il Giappone il 5,8%, l'insieme dei paesi europei e dell'Ocse il 6,7%, la Germania, il Canada e gli Stati Uniti il 7% e la Francia il 7,8%. L'Italia è anche l'unico paese che, nella prima metà degli anni '90, ha fatto registrare un'inversione di tendenza, rispetto al passato, dell'andamento della spesa sanitaria pubblica e totale, sul Pil: mentre ovunque tale rapporto è cresciuto (nel complesso dei paesi Ocse, rispettivamente dal 5,8 al 6,7% e dal 7,7 all'8,6% tra il 1990 ed il 1995), in Italia si è registrato un netto decremento (rispettivamente dal 6,3 al 5,3% e dall'8,1 al 7,7%). Tuttavia, dopo il 1995 in Italia si osserva una nuova inversione di tendenza e una ripresa della crescita della spesa pubblica, che aumenta del 7,6% tra il 1995 e il 1996, dell'8,8% tra il 1996 ed il 1997 e del 3,8% tra il 1997 ed il 1998.

⁴⁶ E' utile ricordare che, ai sensi della L. 425/96, i limiti di spesa stabiliti per le singole funzioni e livelli non costituiscono un vincolo per le regioni che certifichino al Ministero della sanità il previsto mantenimento, a fine esercizio, delle proprie occorrenze finanziarie nei limiti dello stanziamento complessivo determinato sulla base delle specifiche quote capitarie pesate regionali.

⁴⁷ Vedasi SS.RR. in sede referente n. 20 del 4 maggio 1999. Va peraltro tenuto conto della spesa associata ai pazienti curati fuori dalla regione di appartenenza: se si corregge la spesa sostenuta a livello regionale sulla base del saldo finanziario della mobilità sanitaria interregionale contabilizzato dalle

Nel rinviare all'apposito referto reso dalla Corte sulla gestione finanziaria delle regioni a statuto ordinario (delibera SS.RR. n. 20/1999 del 4 maggio 1999) viene qui riferita un'analisi della composizione delle spese correnti per grandi aggregati, oltre a quelli prima evidenziati con riguardo alla manovra per il 1998, con riferimento al periodo 1995-1997 tratta dalla relazione generale sulla situazione economica del paese, non disponendosi di una sufficiente disponibilità di dati e di una attendibile stima dei valori di spesa disaggregati per il 1998. La spesa per il personale rimane la componente quantitativamente più significativa, che tra il 1995 ed il 1997 è cresciuta costantemente in termini relativi rispetto al totale delle spese correnti, passando dal 42,4% al 43% delle spese correnti totali. Pur rimanendo la deroga al blocco delle assunzioni di personale del comparto sanità (subordinatamente all'effettiva realizzazione della ristrutturazione della rete ospedaliera e quindi previa rideterminazione degli organici e/o l'applicazione delle misure di mobilità del personale stabilita dalla L. 662/96), gli incrementi di spesa già registrati nel 1996 (+7,1%) si accentuano nel 1997 (+11%)⁴⁸. A tal proposito giova inoltre ricordare che la L. 450/97 (legge di bilancio per il 1998) ha disposto che nella quota capitaria, determinata in sede di riparto del FSN, si considerino ricompresi gli oneri finanziari relativi agli aumenti contrattuali per il

regioni ed utilizzato in sede di riparto del Fondo sanitario nazionale (FSN), la variabilità interregionale nei valori di spesa pro-capite permane, riflettendo in buona parte differenze nella composizione demografica e nei bisogni sanitari della popolazione, ma si attenua sensibilmente.

⁴⁸ Recenti stime ministeriali indicano per il 1998 una spesa di circa 47.500 mld che non si discosta in termini percentuali dalle percentuali del 42-43 %

personale dipendente suddetto. In tale ottica, come si è detto⁴⁹, ulteriore valenza assumono le osservazioni e raccomandazioni di recente svolte della Corte all'ARAN ed alle amministrazioni del Tesoro e della sanità nel procedere alla certificazione di cui all'art. 51 del d.lgs. 29/1993 nel testo novellato dal d.lgs. 387/1998. Nel procedimento relativo alla recente sottoscrizione del contratto del comparto sanità⁵⁰ è stata, infatti, tra l'altro sollecitata l'attenzione degli organi di revisione e di controllo interno in particolare in ordine alla concreta attuazione delle misure contrattuali, nella contrattazione integrativa, onde evitare incoerenti dinamiche incrementali che verrebbero ad aggravare una situazione finanziaria nel settore, per lo stato e le regioni già ampiamente critica.

La spesa per l'assistenza ospedaliera convenzionata, calcolata per gli esercizi precedenti sulla base dei dati riportati nella relazione, a livello nazionale, tra il 10 e l'11% delle spese totali⁵¹, denota nelle stime, un incremento (al momento 11,7%). La spesa per l'assistenza medica di base convenzionata, costante fino al 1995, ha poi fatto registrare un aumento, passando dai 5.537 miliardi del 1995 ai 6.747 del 1997⁵², in conseguenza del rinnovo della convenzione. La spesa per l'assistenza specialistica convenzionata (interna ed esterna) segue un andamento decrescente fino al 1995, tanto in termini assoluti

⁴⁹ Vedasi le considerazioni svolte al par. 1 della relazione sul ministero.

⁵⁰ SS. RR. adunanza del 2 aprile 1999.

⁵¹ A livello regionale, invece, l'andamento di questa componente di spesa risulta estremamente variabile. Tenzialmente, continua ad essere maggiore nelle regioni del centro (dove assorbe il 12.6% delle spese totali nel 1997), rispetto alle regioni del sud (l'11.2%) e a quelle del nord (10%).

⁵² Per il 1998, i valori stimati non si discostano in termini assoluti (6877 mld).

(da 3.189 miliardi nel 1992 a 2.290 nel 1995), quanto in termini relativi (dal 3,3% al 2,4% delle spese totali), per aumentare decisamente in valore assoluto nel 1996 e nel 1997 (rispettivamente +8% e +11% per l'interna e +11,8% e +16,7% per l'esterna) mantenendo pressoché invariato il peso percentuale sulla spesa totale (rispettivamente 2,5% e 2,71%)⁵³.

La spesa per "altre prestazioni" in convenzione, che raccoglie un insieme composito di molteplici funzioni di spesa (assistenza riabilitativa; assistenza integrativa, agli anziani, ai disabili ed ai tossicodipendenti; assistenza protesica; cure termali, etc.) ha continuato a crescere nel corso dell'intero decennio in termini assoluti (passando dal 6.126 miliardi del 1995, al 7.322 del 1997), ma conservando, in termini relativi, il medesimo peso (6,6% circa delle spese totali nel triennio suddetto). In una più generale valutazione, considerando l'insieme delle spese del Ssn destinate all'acquisto di prestazioni da erogatori esterni rispetto alle spese complessive, si nota che nel corso degli anni novanta, tale quota è venuta riducendosi parallelamente al tendenziale incremento relativo delle spese sostenute per la produzione di prestazioni e servizi da parte delle strutture a gestione diretta del SSN, passando, a livello nazionale, dal 39,7% del 1992 al 37,8% del 1997.

La spesa per interessi passivi, infine, in decremento fino al 1996, quando raggiunge i 75 miliardi a livello nazionale, evidenzia una netta crescita nel 1997,

⁵³ Anche in questo caso si registra una significativa diversità nel comportamento regionale se si considera che al nord, centro e sud si spendono, per questa componente di spesa, rispettivamente meno del 2%, intorno all'1% ed oltre il 3,6% della spesa complessiva, evidenziandosi così il diverso ricorso all'acquisto di prestazioni dal settore privato.

salendo a 106 miliardi (-40,4%); il dato appare sintomatico di difficoltà finanziarie associate alla carenza di liquidità da parte delle regioni per far fronte alle situazioni debitorie di esercizi progressi e/o a non corrette gestioni delle assegnazioni di cassa messe a disposizione delle Aziende sanitarie nonché ai ritardati pagamenti ai fornitori.

4. I disavanzi pregressi.

Al di là dalla definitiva quantificazione del fabbisogno 1998, rimane peraltro aperto il problema della definitiva soluzione della gravosa situazione debitoria conseguente ai reiterati squilibri già registrati nei precedenti esercizi - più volte segnalata dalla Corte come esigenza prioritaria per gli equilibri finanziari - che coinvolge il complessivo quadro dei rapporti e delle responsabilità finanziarie tra Stato e Regioni e condiziona lo stesso avvio delle nuove strutture aziendali.

In materia è da segnalare il deciso intervento del legislatore che, nella definizione del patto di stabilità interno (art. 28 L. 23 dicembre 1998, n. 448 collegato per il 1999) ha indicato precise scansioni temporali e modalità "concertate" di rientro dalle situazioni deficitarie: in particolare è previsto che entro il 20 febbraio 1999, le Regioni trasmettano al ministero, sulla base di una metodologia concertata in ambito Conferenza Stato-Regioni, una relazione sullo stato di attuazione dei provvedimenti per il ripiano della maggiore spesa di

competenza regionale sino al 1994, insieme ai "rieepilogativi" regionali delle aziende USL ed ospedaliere per ciascuno degli esercizi 1995-1997, con particolare riferimento ai grandi comparti della spesa per il personale, per beni e servizi, dell'assistenza farmaceutica e dell'assistenza convenzionata.

Entro il 31 marzo, su proposta del ministero, la Conferenza Stato-Regioni avrebbe dovuto distinguere la quota di maggiore spesa per il 1997 attribuibile a provvedimenti nazionali da quella a provvedimenti regionali. A tal fine la norma (comma 10) richiedeva da parte del ministero, di concerto con il tesoro, sentita la Conferenza entro il 28 febbraio 1999, l'individuazione degli indicatori e parametri concernenti gli aspetti strutturali ed organizzativi dei sistemi sanitari regionali ed i livelli di spesa⁵⁴.

Entro il 30 giugno dovrebbe pervenirsi ad una valutazione delle singole realtà regionali, per individuare le regioni deficitarie e definire le linee e di intervento e di ripiano. Sugli esiti della concertazione con le regioni e sulle azioni di rientro, sulla base delle scansioni indicate dalla norma, il ministero deve informare, sentita la conferenza, il Parlamento (comma 11). Al riguardo entro il 30 settembre 1999 (comma 12) andranno stipulati accordi tra centro (ministero sanità e tesoro) e regioni, che individuano gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico-gestionale e per il rientro dai disavanzi;

⁵⁴ Al riguardo l'Amministrazione ha predisposto, d'intesa con il Ministero del tesoro, bilancio e p.e., un primo elenco di indicatori, esaminato nell'ambito di un gruppo tecnico misto Stato-Regioni istituito in sede di Conferenza Stato-Regioni in data 18 maggio 1999. Gli indicatori sono articolati in sei gruppi, per tipologia del fenomeno analizzato: indicatori e parametri di carattere generale, economico-finanziario (a livello aggregato e per livelli di assistenza), di domanda, di risorse, di attività ed utilizzo delle risorse, di risultati.

a tal fine le regioni possono alienare parte del patrimonio immobiliare non destinato ad attività sanitarie. Va tenuto conto della disposizione (comma 14), che condiziona, nel riparto per il 1999, l'1,5% delle risorse del bilancio dello Stato alla sottoscrizione ed al grado di esecuzione degli accordi di cui al comma 12. Nell'imminenza della scadenza del 30 giugno sono tuttora in corso gli adempimenti necessari alla soluzione del problema, con preoccupazione rappresentato dalla Corte e di cui, come si è visto, il legislatore ha espresso il deciso intento di provvedere attraverso misure "concertate" di ripiano e di rientro attraverso percorsi non solo temporanei, ma duraturi, di soluzione dei disavanzi del settore, inquadrati nella più complessa definizione del Patto di stabilità.

Al riguardo, l'amministrazione informa che, in collaborazione tecnica con i funzionari regionali, nel gruppo di studio costituito in sede di Conferenza Stato Regioni, sono state predisposte le schede contenenti le voci riepilogative desumibili dai consuntivi delle singole aziende unità sanitarie locali nonché delle aziende ospedaliere, ed i settori di spesa da approfondire, sulle quali la Conferenza ha espresso parere favorevole in data 21 gennaio u.s.⁵⁵. Ai fini di una più completa valutazione delle singole realtà regionali, è stata richiesta la descrizione sintetica dei criteri di riparto delle quote regionali di finanziamento, nonché una breve relazione sull'andamento della spesa regionale per ogni

⁵⁵ Ove non risultassero debitamente approvati i consuntivi di tutte le aziende unità sanitarie locali ed ospedaliere, si è ritenuto opportuno richiedere, al fine di rispettare il termine del 20 febbraio, la compilazione delle schede riepilogative regionali utilizzando le informazioni provvisorie comunque rilevabili da documenti certificati dal Direttore Generale dell'azienda interessata, fermo restando l'obbligo di trasmissione dei dati definitivi entro breve tempo.

aggregato economico. Un primo esame ha riguardato la situazione delle gestioni di liquidazione relative agli anni 1994 e precedenti, che ha portato all'aggiornamento della quota residua finale di disavanzo al 31 dicembre 1994, a lire 4.540 mld.⁵⁶.

Si è proceduto alla certificazione delle entrate e delle uscite relative agli anni 1995, '96 e '97. La ricostruzione della spesa è stata effettuata sulla base delle informazioni trasmesse dalle regioni e dalle province secondo la metodologia concordata. L'acquisizione dei dati è stata completata a seguito degli incontri effettuati con le singole regioni e province autonome volti a superare le problematiche riscontrate nella compilazione delle schede di rilevazione.

La ricognizione prevista dalla legge è avvenuta in un'ottica di contabilità finanziaria, considerato che solo talune regioni hanno adottato la contabilità economica già dal 1997. Si è convenuto, quindi, di ricondurre le poste più tipiche della contabilità economica nei valori finanziari degli aggregati costituenti la spesa corrente per la parte alla stessa pertinente, mentre ammortamenti, accantonamenti e saldo delle rimanenze di magazzino non sono stati considerati al fine di definire la spesa complessiva del triennio.

⁵⁶ L'importo del disavanzo di partenza è stato ricondotto, così come previsto dalla metodologia concordata, a quello residuo certificato ai sensi degli articoli 1 e 1 bis della legge 21/97 pari a lire 3.425 miliardi. Tale ammontare risulta dalla differenza fra il disavanzo riconosciuto (11.625 miliardi) e la quota di ripiano a carico dell'amministrazione centrale di 8.200 miliardi, già erogata a favore di tutte le regioni che ne avevano diritto. Tale importo è stato incrementato del saldo complessivo negativo tra le sopravvenienze attive e passive pari a lire 1.115 miliardi. Le sopravvenienze passive sono rappresentate in massima parte da spese legali, interessi moratori e rivalutazioni monetarie in relazione a sentenze giudiziali di condanna a pagare, nonché da crediti non più esigibili. Le sopravvenienze attive consistono, per lo più, in riduzione di debiti a seguito di transazioni nonché in avanzi delle gestioni '95 e seguenti utilizzati, a norma della legge 662/96, per la copertura dei disavanzi per l'anno '94 e precedenti.

Per quanto concerne l'entrata si è tenuto conto del finanziamento assegnato attraverso le deliberazioni CIPE che si sono susseguite negli anni di riferimento, per la parte corrente indistinta integrata dalle entrate proprie secondo le rilevazioni delle stesse regioni; per i finanziamenti vincolati (il cui ammontare è comunque modesto e si riferisce alle borse di studio per i medici di medicina generale, alla prevenzione AIDS, al finanziamento dell'assistenza agli extra comunitari irregolari, al rimborso per l'assistenza agli Hanseniani, all'indennità per abbattimento di animali infetti) non si raggiunge sempre la concordanza con i dati regionali per effetto della diversità dei tempi di erogazione rispetto all'anno di riferimento.

Una volta certificata la spesa relativa agli anni 1995, 1996, 1997, il gruppo di lavoro ha proseguito l'attività procedendo alla stima della spesa "teorica" determinata sulla base di tassi medi d'incremento definiti tenuto conto dell'andamento nel triennio dei diversi fattori di crescita. La spesa "teorica" è ricostruita avendo come punto di partenza l'anno 1995, così come rappresentato dalle regioni, per aggregati economici, nelle singole schede dalle stesse compilate.

La spesa del 1995 è, infatti, considerata adeguata rispetto ai livelli d'assistenza assicurati dal S.S.N. e congrua rispetto ai finanziamenti disponibili⁵⁷.

⁵⁷ Si rammenta in proposito che in sede di Conferenza Stato Regioni l'apposito Nucleo costituito per valutare la congruità del finanziamento previsto dalla quota capitolaria del Piano Sanitario Nazionale 1994 - 96, ha convenuto che per il 1995 le somme messe complessivamente a disposizione delle regioni fossero sufficienti ad assicurare i livelli uniformi di cui allo stesso Piano Sanitario. La maggiore spesa sostenuta dalle regioni nell'anno 1995 (valutata pari a 2.200 mld.) è stata imputata alla maggiore

Si è dunque concordato di considerare congrua la spesa certificata dalle regioni e di utilizzare tale valore quale punto di partenza per la valutazione della spesa sostenuta negli anni 1996 e 1997 e per poter sviluppare delle previsioni per il 1998 e 1999⁵⁸. Divergenti sono le valutazioni con riferimento alla quota di spesa da ritenere "giustificata" e che può essere ricondotta a normative di carattere nazionale. Si sostiene in sede regionale la necessità di considerare

ospedalizzazione rispetto al limite fissato dalla legge (160 ricoveri per 1000 abitanti, legge 382/96) e, conseguentemente, è stata definita come "maggiori livelli di assistenza erogati".

⁵⁸ Anche con riferimento agli anni 1996 e 1997, la maggiore spesa certificata sarebbe da attribuire in parte a maggiori livelli di assistenza garantiti dalle regioni. Secondo l'Amministrazione centrale tali maggiori livelli ammonterebbero a 2200 miliardi, mentre le regioni ritengono sia di 1400 miliardi. Per singola funzione si è determinato l'incremento che correttamente avrebbe dovuto avere la spesa del 1995, nell'anno 1996 e, poi, da questo, per il 1997.

La spesa per il personale è stata ricostruita sulla base di tre diversi fattori di variazione:

- incrementi retributivi ed incrementi dovuti all'applicazione dei contratti (pari al 9,23% e al 3,74%, rispettivamente per il 1996 e il 1997); i tassi di crescita di fonte governativa coincidono con quelli di fonte regionale;
- oneri previdenziali; (incremento di 1.100 e 1.200 miliardi per aumento delle aliquote e delle basi contributive, rispettivamente per il 1996 e 1997);
- riduzione numero dei soggetti in servizio; i dati sul numero degli addetti sono desunti dal conto annuale. Gli effetti sulla spesa per il personale sono stimati dal Governo direttamente proporzionali alla variazione del personale, ma dalle Regioni in misura inferiori nella considerazione che ad un numero inferiore di soggetti può corrispondere una maggiorazione di retribuzione variabile.

La spesa per beni e servizi è stata ricostruita sulla base di due fattori di variazione: la variazione dei prezzi e la variazione delle quantità. Per i prezzi, Governo e regioni concordano sull'applicazione del tasso d'inflazione pari al 3,9% per l'anno 1996 e al 1,7% per il 1997. Per le quantità, la stima governativa è pari a 1% e 1,3% rispettivamente per l'anno 1996 e 1997. La stima regionale risulta lievemente diversa. Per la medicina generale, il divario di valutazione esiste sull'applicazione del rinnovo delle convenzioni, principalmente per la quota relativa al 1997.

Le valutazioni sulla corretta evoluzione della spesa farmaceutica divergono a causa delle diverse interpretazioni degli effetti della normativa sul prezzo medio europeo, sull'aumento dell'IIVA, sui farmaci innovativi (vedasi par. 3).

La diversa valutazione della spesa ospedaliera convenzionata è in funzione delle diversità, già rilevate, per la spesa di personale e quella per beni e servizi. Si è infatti convenuto che la spesa per l'assistenza ospedaliera dovesse svilupparsi ad un tasso pari alla media ponderata della crescita del personale (peso relativo 0,7) e dei beni e servizi (peso relativo 0,3).

Per l'aggregato relativo alla specialistica, le valutazioni divergono essenzialmente per quella esterna in quanto le regioni attribuiscono un incremento notevole alla liberalizzazione dell'accesso a qualsiasi struttura convenzionata senza preventiva autorizzazione da parte dell'A.S.L., oltre che agli effetti della revisione tariffaria.

Notevole differenza esiste anche sull'incremento corretto per l'aggregato "altra assistenza", per la quale le regioni prevedono un valore doppio di quello statale (20% contro 10%) motivato con la circostanza che in detta funzione confluiscono servizi in espansione quale il 118, l'assistenza domiciliare, quella nelle Residenze protette ecc.

corretto un incremento, per alcune voci, superiore sia per quei servizi in espansione perché riferiti alla popolazione anziana che a causa del crescente tasso di invecchiamento della popolazione, continua ad aumentare, sia per quelli del tutto innovativi quale l'emergenza del 118. Ancora divergenti sono le valutazioni sulla concreta applicazione, ed i relativi effetti finanziari, di norme nazionali per quanto riguarda la medicina generale ed i conseguenti punti di guardia medica, più o meno diffusi in relazione anche alle situazioni locali, o per la farmaceutica in relazione all'adeguamento al prezzo medio europeo e all'incidenza dell'aumento dell'IVA.

La definizione della spesa 1997 correttamente determinata è la base di partenza per la valutazione delle effettive necessità del Servizio sanitario per gli anni 1998 e successivi. La mancata convergenza su un valore univoco relativo al 1997 continua a determinare diverse stime per gli anni successivi. Le percentuali d'incremento in una prima approssimazione non divergono essenzialmente nei due diversi scenari dello Stato e delle regioni. Restano divergenti le indicazioni sul costo del contratto nel biennio 1998 - 99 e sull'incremento dei beni e servizi; restano ancora contrastanti le indicazioni sulla spesa farmaceutica e sull'altra assistenza.

Nell'attesa di una definizione delle accennate questioni, nella sede propria, paiono da svolgere talune riflessioni in ordine ad una problematica di notevole impatto sugli equilibri finanziari statali e regionali e sui quali la Corte aveva più