

Tab. 13/SA

AZIENDE OSPEDALIERE : altre tipologie indebitamento

(in euro)

REGIONE	ALTRE TIPOLOGIE DI INDEBITAMENTO				
	2002	2003	%	2004	%
PIEMONTE	10.000.000	205.000.000	1.950,00	373.000.000	81,95
LOMBARDIA (**)	650.000.000	850.000.000	30,77	1.000.000.000	17,65
VENETO	138.734.000	193.049.000	39,15	184.989.000	-4,18
LIGURIA	69.637.000	86.535.000	24,27	97.442.000	12,60
E. ROMAGNA	118.528.000	132.175.000	11,51	141.880.000	7,34
TOSCANA	202.747.584	248.501.856	22,57	240.399.000	-3,26
UMBRIA	24.541.000	21.786.000	-11,23	27.579.000	26,59
MARCHE	55.035.844	66.601.449	21,01	68.284.808	2,53
LAZIO	DATO NON COMUNICATO				
ABRUZZO (*)	\	\	\	\	\
MOLISE (*)	\	\	\	\	\
CAMPANIA	0	0	nc	0	nc
PUGLIA (***)	167.084.000	58.284.000	-65,12	71.185.000	22,13
BASILICATA	16.846.000	15.654.000	-7,08	17.180.000	9,75
CALABRIA	28.385.446	42.900.445	51,14	35.687.765	-16,81
TOTALE	1.481.538.874	1.920.486.750	29,63	2.257.626.573	17,55

*: nella Regione non sono presenti aziende ospedaliere.

**: dati stimati.

***: dato stimato per il 2002.

nc: non calcolabile

Fonte: bilanci di esercizio/stato patrimoniale - anni vari.

Il debito commerciale, come registrato a livello nazionale, pesa molto di più sulle Asl che non sulle aziende ospedaliere, anche se in parte il dato risente della differente diffusione delle aziende ospedaliere nelle varie aree territoriali, laddove per esempio queste sono assenti in Abruzzo e Molise e poco presenti nelle Regioni piccole. Tuttavia, restano significativi i dati di Lombardia, da un lato e Campania, Emilia Romagna, Piemonte, dall'altro; nel primo caso, il debito commerciale è superiore nelle aziende ospedaliere, mentre, negli altri tre casi, la situazione si inverte e di molto, restando addirittura di stretta misura il debito verso i fornitori delle aziende ospedaliere e assai superiore quello a carico delle Asl.

4.1 Segue. Le esigenze di dilazione dei pagamenti ai fornitori. Le misure adottate dalle Regioni

Per quanto riguarda il debito esistente nei confronti dei fornitori, la gravità della sua incidenza sui conti delle aziende, con riflesso sui bilanci regionali, ha suggerito di trovare soluzioni destinate a alleviarne il peso sui conti del comparto e sollievo per imprese e società creditrici.

In Campania, per il ripiano dei debiti di aziende sanitarie e ospedaliere, maturati sino al 31 dicembre 2005, viene costituita apposita società per azioni, So.Re.Sa., delegata da Asl e Ospedali

a effettuare la chiusura di situazioni debitorie e autorizzata a provvedervi tramite operazioni finanziarie non superiori ad anni trenta, ivi compresa l'ipotesi di eventuale cartolarizzazione. Con delibera di Giunta del 10 febbraio 2006 la società è stata autorizzata alla stipula di transazioni con i creditori nonché a far ricorso ad operazioni a lungo termine per il reperimento di risorse in coordinamento con il sistema finanziario internazionale, assistite in tal caso dal supporto della Regione a seguito di specifica accettazione di delegazione di pagamento.

L'Abruzzo ricorre ad operazioni di cartolarizzazione di crediti sanitari. Il portafoglio cartolarizzato è costituito da crediti per fornitura di beni e servizi per un valore nominale di 336 e 327 milioni di euro. Una prima operazione (336 mln) è realizzata con la società FIRA, partecipata al 51% dalla Regione, che ha acquistato *pro soluto* dai fornitori i crediti vantati nei confronti delle Asl. Crediti poi ceduti dalla FIRA alla soc. veicolo Cartesio srl che ha emesso titoli per valore nominale di 336 milioni e scadenza 2015. La Regione rimborsa periodicamente per 10 anni la società veicolo che provvede al ritiro delle obbligazioni alla scadenza. Altra operazione è realizzata con la società cessionaria D'Annunzio per 327 milioni di euro.

Complesse operazioni sono poi quelle poste in essere dalla Regione Lazio per il pagamento dei fornitori di Asl e aziende ospedaliere. Una di queste risale al febbraio 2004 e ha comportato una transazione con i creditori con rinuncia agli interessi moratori, cessione dei crediti alla società veicolo Atlantide Finance srl, che li ha acquistati tramite un'emissione, avvenuta nel luglio 2004, di titoli per 518 milioni di euro, a tasso variabile e con scadenza 2009⁹¹. La Regione, a seguito delle delegazioni di pagamento delle Asl, verserà alla società rate semestrali sino al giugno 2009 (prima rata marzo 2006). L'effetto è stato quello di rimodulare la scadenza dei debiti verso i fornitori secondo un profilo di ammortamento più favorevole ai flussi finanziari, così allentando l'impatto dei debiti accumulati sino al 2003 sul fabbisogno di cassa, contenendone il costo finanziario.

Nel 2005 è seguita altra analoga cartolarizzazione quinquennale, relativa a crediti per fatture sino al novembre 2004, con cessione anche qui alla società Atlantide ed emissione di titoli per 700 milioni di euro.

Altre operazioni, basate invece sulla disciplina del *factoring*, sono state deliberate dalla Giunta regionale il 5 dicembre 2003 (DEL 1329/2003), il 6 febbraio 2004 (DEL 66/2004) e il 12 novembre dello stesso anno (DEL 1056/2004) in attuazione delle quali sono stati sottoscritti atti transattivi, per circa 1.000 milioni, con un elevato numero di creditori del servizio sanitario

⁹¹ L'operazione ha operatori anche di livello internazionale e i titoli sono stati distribuiti oltre che in Italia, anche in Germania, Benelux, Regno Unito, Francia.

regionale i quali hanno concesso una dilazione nel pagamento di crediti certificati, a fronte di un indennizzo forfetario e del subentro della Regione quale soggetto delegato da ASL/AO.

Il 15 dicembre 2005 la Giunta regionale del Lazio ha deliberato altra operazione di factoring (DEL 1132/2005) relativamente a crediti sanitari vantati dai fornitori sino a tutto il 2005, per un ammontare stimato di 1,5 miliardi di euro, con esclusione di quelli già oggetto delle precedenti transazioni. L'operazione ha comportato un intenso lavoro di verifica delle fatture, con eliminazione di numerose duplicazioni, mentre un accordo transattivo con i fornitori ha comportato la rinuncia agli interessi moratori (pari ad oltre il 9,5% annuo) e alle procedure attivate per il recupero dei crediti. Anche in questo caso, è prevista una delegazione di pagamento alla Regione la quale liquiderà i crediti certificati dalle ASL/AO, maggiorati di un indennizzo forfetario, in 20 rate semestrali, mentre il parametro di calcolo di tale indennizzo è fissato nel tasso IRS a 7 anni reso noto sul circuito *Reuters*, maggiorato dello *spread* di 35 punti base. Finalità dell'operazione è sempre quella di ottenere una dilazione di pagamento dei crediti certificati a fronte della garanzia di pagamenti in tempi certi, con la possibilità peraltro di scontare tali crediti così strutturati presso il sistema bancario.

Analoga ristrutturazione del debito esistente nei confronti dei fornitori è stata intrapresa dalla Regione Molise che, il 21 marzo 2006 ha deciso (DELGR n. 361/2006) di affidare alla *Barclays Capital* l'operazione di cessione *pro-soluto* di crediti derivanti dalla spesa sanitaria, per un ammontare presumibilmente pari a 320 milioni di euro. Anche qui, a fronte della dilazione di pagamento, è previsto un indennizzo forfetario e un piano di ammortamento decennale, con parametro di calcolo fissato nel tasso IRS a 10 anni.

Cartolarizzazioni sono previste anche in Piemonte con riferimento ai debiti sanitari, secondo il medesimo schema già descritto a proposito delle iniziative di altre Regioni, con l'obiettivo di risparmio sugli interessi e vantaggi a medio-lungo termine.

Va infine osservato che, sin dagli anni 2001 e 2002, diverse Regioni, oltre Lazio, Campania, Molise, anche Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Sicilia hanno autorizzato il ricorso, da parte delle aziende sanitarie e ospedaliere, ad operazioni di *factoring* con società cessionarie dei crediti vantati dai loro fornitori. Transazioni con la previsione di rinuncia agli interessi e al contenzioso, caratterizzano anche queste operazioni, al pari del più recente ricorso alle cartolarizzazioni.

Il ricorso sempre più diffuso da parte delle Regioni ad operazioni di finanza innovativa intese, in buona sostanza, ad alleggerire il peso dei crediti commerciali vantati dai fornitori nei confronti degli enti sanitari, pur se almeno in parte da ricondurre ad una crisi di liquidità di questi enti per effetto del disallineamento temporale tra obbligazioni nei confronti dei fornitori e

riconoscimento delle somme da parte dello Stato per la copertura delle spese rientranti nei fabbisogni definiti dalla programmazione annuale, presenta profili di criticità che non possono non essere sottolineati.

Queste operazioni, con l'assunzione dei relativi oneri da parte delle Regioni, hanno tutte, infatti, come effetto quello di trasformare i debiti degli enti sanitari verso i loro fornitori, che avrebbero dovuto essere estinti da ciascuna amministrazione nell'ambito delle annuali e ordinarie risorse di bilancio, in debiti a lungo termine (della durata di dieci anni e più, sino addirittura a trent'anni).

Si tratta di un fenomeno che deve essere attentamente vagliato e monitorato e che genera preoccupazione sia in quanto rischia di rendere meno evidente la gravità della situazione finanziaria del settore, sia perché sposta sulle generazioni future l'onere degli attuali squilibri.

La Corte, inoltre, già in sede di Relazione sul Rendiconto generale dello Stato per il 2005, ha paventato il rischio —che qui si ribadisce— che si tratti di operazioni, almeno in alcuni casi, intese ad aggirare nella sostanza il divieto posto dall'art. 119 della Costituzione di finanziare con il debito la spesa corrente.

5. Le manovre di riequilibrio per l'accesso alle risorse integrative

A partire dalla finanziaria 2005 si accentuano gli interventi e gli adempimenti richiesti per evitare squilibri nella gestione della sanità mentre il soccorso del bilancio statale a favore dei disavanzi pregressi o comunque l'accesso a finanziamenti integrativi postula la stipula di specifiche intese a garanzia delle necessarie misure di riequilibrio fra le quali vanno ricordate gli obbligatori interventi sulle addizionali Irpef e maggiorazione di aliquota Irap (commi 174 e 175), in deroga alla sospensione disposta anche per il 2005 (comma 61); aumenti resi altresì automatici e sino al livello massimo con la finanziaria 2006 (comma 277), nei confronti delle Regioni in deficit sanitario.

Un vincolo che lega contemporaneamente accesso alle risorse, obbligo di provvedimenti per il ripiano, monitoraggio per il mantenimento degli equilibri e necessaria individuazione di ulteriori risorse oltre la quota di ripartizione del servizio sanitario nazionale per colmare lo scostamento rispetto ad una evoluzione dei costi reiteratamente superiore.

Si tratta di un sistema che ha bloccato anche fondi destinati ad annualità passate, che a seguito di quanto previsto dal d.l. 14 marzo 2005, convertito con la legge 14 maggio 2005 n. 80, sono stati attratti nelle procedure di monitoraggio (art. 4). Il che vale per i 12,5 miliardi la cui erogazione, a partire dal 2002, ha subito gli effetti della mancata applicazione dell'art. 7 del d.lgs. 56/2000 e della necessità di definizione della procedura di verifica degli adempimenti imposti alle Regioni⁹². La finanziaria 2006, a seguito dell'accordo raggiunto dalle Regioni nel luglio scorso (documento di Santa Trada 21 luglio 2005), ha stabilito un superamento meno veloce del livello di finanziamento basato sulla spesa storica, ma con sblocco dei fondi relativi agli anni 2002 (0,6 miliardi), 2003 (3,3 miliardi), 2004 (4,3 miliardi), 2005 (4,3 miliardi) rinviato all'adozione dei DPCM di ripartizione e subordinato, quanto ad erogazione, ad un percorso graduale destinato a coniugarsi con il monitoraggio dei conti sanitari 2005 e precedenti, effettuato dal tavolo tecnico di verifica degli adempimenti⁹³. Con riferimento

⁹² Il sistema di finanziamento previsto dal d.lgs. 56/2000, cui era affidato l'obiettivo di una coerente coniugazione fra esigenza di autonomia fiscale e principio di solidarietà — questo attuato tramite il fondo perequativo — ha incontrato una serie di problemi. I tempi previsti per la sua attuazione sono rimasti disattesi, tant'è che esso è risultato pienamente operativo solo per l'anno 2001. Quanto all'anno 2002, a partire dal quale doveva iniziare a funzionare il meccanismo automatico di perequazione, consistente è stato lo slittamento temporale nella sua applicazione, avviata solo nel 2004 e del resto neppure conclusa. I DPCM di definizione dell'aliquota di compartecipazione all'IIVA (37,39%) e di ripartizione fra le Regioni sono stati infatti emanati il 7 e il 14 maggio 2004. Senonché, a causa dell'insufficiente copertura del fabbisogno sanitario, lamentata da alcune Regioni del Mezzogiorno e dei ricorsi presentati alla Corte costituzionale e al TAR del Lazio, il Governo, con d.l. 30 dicembre 2004 n. 314, ha sospeso l'applicazione dell'art. 7 del d.lgs. 56/2000 e rinviata l'efficacia del DPCM 14 maggio 2004.

⁹³ Forte è il condizionamento previsto per l'accesso ai finanziamenti integrativi di cui all'accordo 8 agosto 2001 i quali, anche dopo la prevista assegnazione del 95% in anticipazione (art. 3, comma 30, legge 24.12.2003 n. 350 — finanz. 2004), restano subordinati, non solo alla deliberazione CIPE e alla proposta di DPCM di cui all'art. 2, comma 4, d.lgs. 56/2000, ma anche alla stipula di specifico accordo per la definizione del procedimento di verifica degli adempimenti regionali richiamati al

al risultato di gestione dell'anno 2005 in sede di monitoraggio ad aprile 2006⁹⁴, solo otto Regioni (Lombardia, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Puglia, Calabria, Sardegna) sono risultate in grado di assicurare stabilità ai conti della sanità, con la possibilità di accedere perciò alle risorse “sospese”, mentre sono state sottoposte a procedura di diffida e ad eventuale “affiancamento” gestionale⁹⁵, da parte del livello centrale, alcune Regioni del Centro-Sud e una Regione del Nord (Liguria, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania e Sicilia), con possibile effetto di aumento automatico massimo sia dell'aliquota Irap che dell'addizionale Irpef (comma 277, finanziaria 2006).

È utile ricordare come, ad essere soggette all'attività di monitoraggio del tavolo tecnico di verifica degli adempimenti, siano anche le risorse previste in finanziaria 2005, pari a 1.450 milioni a favore delle Regioni e 550 per IRCCS e Policlinici, per ripianare i disavanzi 2001-2003 mentre altri 2.000 milioni sono stanziati con la finanziaria 2006 per i disavanzi 2002-2004. Altrettanto vale per i 1.000 milioni da ripartire a favore delle Regioni la cui sanità presenti maggiori squilibri di gestione⁹⁶. Risorse tutte condizionate ad interventi finanziari da parte regionale, valevoli ad assicurare la tenuta degli equilibri e/o residui di copertura per i disavanzi.

La centralizzazione dei controlli, unitamente allo stato di permanente monitoraggio, conseguenza di complesse minuziose verifiche, incontri, contestazioni, ripensamenti ha

comma 32 dell'art. 3 della finanziaria 2004 e con la perdurante validità anche di quanto disposto sia all'art. 4 del d.l. 63 del 2002, conv. con legge 112/2002, sia all'art. 52, comma 4, della legge 289/2002 (fin. 2003) sia agli artt. 48 e 50 del d.l. 269/2003, conv. con legge 326/2003.

Il pesante condizionamento risulta evidente da quanto disposto all'art. 3, comma 33, della finanziaria 2004, laddove si dispone che, nelle more della delibera CIPE e della proposta DPCM, nonché in attesa dell'accordo per la definizione della procedura per la verifica degli adempimenti regionali, le anticipazioni sarebbero state commisurate al livello di finanziamento stabilito con l'accordo precedente del 3 agosto 2000.

Solo a fine anno 2004, in data 16 dicembre, si è addivenuti, sulla base di accordo Governo-Regioni, alla definizione delle modalità procedurali per la composizione e il funzionamento del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti. In tale occasione sono stati indicati i criteri di copertura da parte regionale ritenuti idonei in sede di tavolo tecnico [li si vedano riportati in allegato a questa III^a Parte del presente Rapporto].

⁹⁴ Esito del Tavolo di verifica delle certificazioni trimestrali prodotte per l'anno 2005 dalle Regioni, ai sensi dell'art. 6 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, ai fini dell'attivazione della procedura di diffida per l'adozione delle misure di copertura dei disavanzi di gestione del settore sanitario registrati in tale anno [verbale in data 4 aprile 2006].

⁹⁵ L'“affiancamento” da parte di rappresentanti dei Ministeri dell'economia e della salute e di rappresentanti nominati dalla Conferenza Stato-Regioni alla attività di gestione e programmazione regionale è previsto dalla finanziaria 2005 [comma 173, sub b] secondo modalità definite dall'intesa del 23 marzo 2005, art. 8, punto 3..

⁹⁶ L'accesso a tali risorse aggiuntive [1.000 milioni di euro] è riservato - sulla base di quanto disposto con la finanziaria 2006 [comma 278] e alla Intesa raggiunta il 28 marzo 2006 - alle Regioni che, nel periodo 2001-2004, abbiano fatto registrare un disavanzo medio annuo pari o superiore al 5% del finanziamento spettante, accertato dal Tavolo di verifica degli adempimenti; sono risultate interessate, a seguito dell'accordo del 28 marzo 2006, le seguenti Regioni: Lazio (400,55 milioni), Abruzzo (31,32 milioni), Molise (22,34 milioni), Campania (383,76 milioni), Sicilia (153,22 milioni), Sardegna (8,79 milioni), cioè le medesime Regioni, ad eccezione della Sardegna, che a causa dei riscontrati squilibri sanitari, sono state assoggettate, ai sensi del comma 174 della finanziaria 2005, alla diffida da parte del Governo centrale. L'accesso a tali risorse è condizionato, con decreto ministeriale Salute-Economia, alla richiesta regionale corredata da un documento contenente: a) una valutazione analitica delle cause strutturali del disavanzo registrato nel periodo 2001-2004; b) la formulazione di proposte di correzione delle diseconomie strutturali; c) la riformulazione, ove necessario, del programma di edilizia sanitaria; d) coordinamento con gli eventuali accordi già stipulati o stipulandi dalla Regione in applicazione del comma 180 della finanziaria 2005 o del comma 281 della finanziaria 2006. L'erogazione delle risorse avverrà per il 30% alla sottoscrizione dell'accordo, per altro 30% a seguito della verifica degli adempimenti relativi agli obiettivi intermedi, per il saldo a condizione che siano stati raggiunti gli obiettivi finali valutati dal Tavolo di verifica degli adempimenti. Il mancato raggiungimento degli obiettivi intermedi e finali comporta la sospensione dell'erogazione e il recupero di quanto già versato.

determinato e continua a determinare lo slittamento, dai tre ai cinque anni, di risorse attribuite ma non erogate con una inammissibile sofferenza di cassa che si è ripercossa e continua a ripercuotersi sui tempi dei pagamenti ai fornitori di aziende sanitarie e ospedaliere con un inevitabile danno economico per interessi di mora e sfavorevoli condizioni contrattuali. Il che è valso ad aggravare la situazione di sofferenza finanziaria riscontrabile nei conti della sanità, specie di quelle Regioni che sono risultate inadempienti al tavolo di monitoraggio. Per queste, a fine aprile e fine maggio 2006, è intervenuta la diffida del Presidente del Consiglio, prevista dall'art. 1, comma 174 della legge 311/2004 (finanziaria 2005) con conseguente onere di dare contezza entro il 30 maggio dei determinanti strutturali degli squilibri 2005 e precedenti e dei provvedimenti di riequilibrio adottati o in fase di attuazione con effetti di risanamento dei conti della sanità. Il mancato adempimento o l'insufficienza delle iniziative intraprese ha determinato, nei confronti delle sei Regioni su indicate, il commissariamento nella persona del Presidente di ciascuna Regione originariamente preordinato alle ulteriori misure degli incrementi massimi sia dell'addizionale Irpef (+0,5%), sia dell'aliquota Irap (+1%). Misure, queste, rese automatiche dal comma 277 della finanziaria 2006, ma che hanno poi fruito della moratoria di ulteriori trenta giorni (sino a fine giugno) consentita dal Ministro dell'economia per l'ulteriore valutazione dei piani di rientro adottati o in corso di adozione per verificarne gli effetti di correzione sugli squilibri registrati e sulle tendenze che operano anche sul 2006. Al Comunicato diffuso in primo tempo dall'Agenzia delle entrate, di immediata applicazione dell'aliquota Irap al 5,25% sin dal 20 giugno 2006 per il versamento del primo acconto e salvo recupero in occasione del secondo acconto nel caso di verifica positiva sui piani di rientro delle sei Regioni diffidate, ha fatto di recente seguito lo specifico emendamento governativo al d.l.206/2006, in base al quale la maggiorazione dell'1% tiene conto sia delle esenzioni, sia delle aliquote ridotte, mentre è poi previsto lo slittamento al 20 luglio per il versamento dell'acconto senza maggiorazione dello 0,40%.

In questo quadro si collocano le iniziative che vanno assumendo le Regioni, specie quelle interessate dalla precedente bocciatura al Tavolo di verifica (verbale del 4 aprile 2006), per seguire le richieste del Ministero dell'economia e tener conto della diffida, del Presidente del Consiglio dei ministri a fine aprile e fine maggio 2006, (art 1, comma 174 della finanziaria 2005) per garantirsi, anche tramite il previsto affiancamento e gli accordi di cui all'art. 8 dell'intesa del marzo 2005 e al comma 278 della finanziaria 2006, il margine di risorse necessarie a dare dimostrazione del recupero di stabilità dei conti sanitari, assicurando innanzitutto copertura ai disavanzi per la quota di competenza.

In Campania la legge regionale 29 dicembre 2005 n. 24 (finanziaria 2006) aggiorna l'evoluzione della spesa sanitaria (tetti di spesa e budget) in funzione di una riduzione della spesa sanitaria del 18,5% nel triennio 2006-2008 di cui almeno il 6,5% nel 2006 rispetto al livello consuntivo 2004 (art. 3, 1° comma). A seguito della diffida del Presidente del Consiglio, in data 29 aprile 2006 (comma 174 legge 311/2004), la Campania il 5 maggio 2006 ha comunicato al Ministero dell'economia la proposta sia per l'affiancamento che per l'accordo previsto dall'art. 8 dell'intesa di marzo 2005 e dal comma 278 della finanziaria 2006. Vi si dà conto delle cause strutturali del disavanzo e delle recenti misure adottate per la sua copertura sia con riguardo a nuove entrate (aumenti di Irpef e Irap), sia con riguardo alla riduzione di spesa (personale, beni e servizi, farmaceutica, prestazioni inappropriate, edilizia sanitaria), coniugatesi con i provvedimenti di decadenza automatica dei vertici aziendali a partire dal 1 gennaio 2006. La Regione ha inoltre individuato, ai sensi dell'art. 8, comma 3, dell'Intesa del 23 marzo 2005, i provvedimenti di spesa e programmazione da sottoporre a preventiva approvazione del Ministero della salute e del Ministero dell'economia: i) programmazione del fabbisogno di personale e del piano delle assunzioni; ii) riconversione-chiusura-apertura di strutture e riformulazione del piano di edilizia sanitaria; iii) tetti di spesa per il privato accreditato ed eventuali transazioni economiche; iv) revisione delle tariffe; v) aggiornamento e rimodulazione degli obiettivi di contenimento e di riduzione della spesa.

Quanto alle altre Regioni, non è mancata l'attivazione di misure vevoli a garantire certificazione positiva al tavolo di monitoraggio.

In Liguria, la Giunta regionale con l'obiettivo di azzerare gli squilibri della sanità aveva preordinato sin da fine anno 2005 un pacchetto di misure definite sia con la legge 28 novembre 2005 n.17, sia con la legge di bilancio per l'anno 2006 (l.r. 24.1.2006, n. 2). Fra gli obiettivi della manovra: i) gli interventi di natura tributaria e fiscale (variazione in aumento delle aliquote Irap, 5,25%, e IRE e aumento della tassa automobilistica, +10%, istituzione della imposta regionale sulle benzine di autotrazione); ii) le misure di normalizzazione della spesa (diminuzione della spesa per il personale, - 1% rispetto al 2004, contenimento delle spese per consulenze, rappresentanza, convegni ecc.). Poi gli interventi di natura finanziaria relativi alla dismissione degli immobili Asl e ospedali da perfezionare entro il 31 dicembre 2006 e con il pagamento dell'intero corrispettivo o di almeno il 70% per i beni immobili suscettibili di immediata valorizzazione. Infine la previsione di intervento finanziario dello Stato per la copertura dei 103 milioni per gli IRCCS liguri. Ciò nonostante, la verifica in sede di monitoraggio non aveva dato, originariamente, esito positivo e il disavanzo 2005 della Regione è stato certificato in 252,7 milioni a causa di misure di coperture ritenute insufficienti. Il fatto è

che delle misure adottate a fine 2005, alla data delle verifiche (aprile 2006), solo 90,7 milioni risultavano ricavati con l'aumento di aliquote e tasse, mentre non ancora realizzate erano le operazioni di vendita degli immobili, mentre i costi invece di scendere risultavano in crescita. La moratoria, spostando a fine giugno la definitiva verifica dei conti, ha peraltro consentito la possibilità di effettivo rientro dal deficit, tramite una soluzione contrattuale con la azienda ATER (azienda regionale del territorio) che si è impegnata a versare alla Regione l'equivalente del valore degli immobili destinati alla vendita (120 milioni) e con ulteriori interventi a carico del bilancio regionale (assestamento 2005 e variazione bilancio 2006: 42 milioni).

Quanto al Piemonte, recente è la decisione di interventi strutturali per una riorganizzazione dei servizi che, con il riequilibrio dei conti, consenta il mantenimento degli impegni previsti dall'accordo del 23 marzo 2005. Obiettivo strategico è la riduzione del numero di Asl con un accorpamento che dovrebbe assicurare notevoli economie di scala. Passaggio necessario è il commissariamento di ventuno Asl, sulle trenta esistenti, ai fini di un rinnovamento che presuppone un diverso rapporto di tipo fiduciario fra Regione e direzioni aziendali senza il condizionamento e i vincoli di precedenti legami.

Nonostante tali interventi, la verifica dei conti del Piemonte, da parte dell'Economia, aveva in un primo tempo certificato (aprile scorso) un disavanzo non coperto per 216,5 milioni, riconoscendo solo 100 milioni di risorse di bilancio in diminuzione del precedente squilibrio di 316,5 milioni. Successive misure a carico del bilancio (in assestamento 2005 e variazione al bilancio 2006) hanno tuttavia consentito il riequilibrio gestionale 2005 con riduzione del disavanzo a soli 0,2 milioni di euro, evitando perciò le automatiche maggiorazioni fiscali.

Alla data del 4 aprile 2006, non risultavano invece avviate dalle Regioni Abruzzo, Lazio, Molise manovre utili alla copertura dei disavanzi, con conseguente conferma, in sede di monitoraggio, dei disavanzi accertati, rispettivamente pari a 197,99 milioni, 1.547,96 milioni⁹⁷, 79,7 milioni; quanto alla Sicilia, le misure adottate sono state riscontrate non idonee alla copertura dell'originario disavanzo di 625,9 milioni, poi ridottosi a 465, (per riduzione delle sopravvenienze passive), trattandosi di utilizzo di somme rivenienti dall'attualizzazione di entrate derivanti dalla definizione di un contenzioso con lo Stato relativo alle imposte sulle assicurazioni⁹⁸. Va notato poi come a metà giugno scorso la Regione Lazio abbia nuovamente

⁹⁷ Per il Lazio si pone il problema della mancata adozione dei bilanci di esercizio 2005 da parte delle direzioni aziendali del Policlinico di Tor Vergata e dell'Umberto I°; la stima dei disavanzi 2005 farebbe ascendere il disavanzo sanitario della regione a 1.800 milioni di euro nel 2005.

⁹⁸ La Regione Sicilia, a seguito della sentenza della Corte costituzionale 21 ottobre 2004 n. 306, che le ha riconosciuto il diritto di riscuotere il gettito dell'imposta su Rc auto dovuta dagli assicuratori con domicilio fiscale fuori dal territorio siciliano ma per polizze intestate a proprietari residenti, vanta un credito nei confronti dello Stato per le somme indebitamente incassate dall'erario. In base al protocollo di intesa siglato nell'ottobre 2005 tra Presidenza del Consiglio, Ministero dell'economia e

affrontato la questione del rientro dai disavanzi con una strategia che prevede la diminuzione dei posti letto, lo spostamento sul day hospital di ricoveri ordinari, rigidi controlli sulle strutture convenzionate e verifiche sugli appalti per acquisto di beni e servizi. Vengono indicati tempi e modi di realizzazione degli interventi. In particolare, entro il 30 giugno i direttori delle Asl dovranno presentare i bilanci di esercizio, superando una anomalia certamente influente sulla dimensione del disservizio gestionale degli ultimi anni. La previsione di delibere regionali per l'accreditamento di strutture private dovrebbe consentire di superare uno dei problemi afferenti la sanità nel Lazio ove soprattutto si annidano casi di inappropriatezza nei ricoveri ospedalieri.

6 Il blocco delle assegnazioni alle Regioni e gli effetti sul fabbisogno del settore statale

Il sistema di finanziamento delle Regioni a statuto ordinario, nell'attuale quadro di inagibilità del d.lgs 56/2000, si dipana tutt'ora nella complessità dei percorsi che prevedono, per le risorse destinate al versante regionale, transiti in uscita dal bilancio dello Stato e dai conti di tesoreria generale e poi approdi alle tesorerie regionali, ma non per tutte, né in pari tempo.

Seguire questo percorso è importante per decifrare, in primo luogo, le ragioni di fondo che sono alla base dei reiterati slittamenti, in secondo luogo per mettere a fuoco i vantaggi e gli svantaggi finanziari di tali procedure, destinati a risolversi a carico dei differenti livelli di governo. Da dire a riguardo come, nel 2005, alla consistente crescita del fabbisogno del settore statale hanno sì contribuito le esigenze di finanziamento del comparto regionale, le quali peraltro sono risultate calmierate nell'ambito di una gestione di tesoreria che, frenando le erogazioni al comparto regionale si è resa positiva per circa 27 miliardi.

Va infatti ricordato che con le finanziarie 2005 e 2006, l'accesso alle risorse stanziato per la sanità è stato condizionato a precisi adempimenti da parte delle Regioni, tenute a concorrere, per la propria parte, al ripiano dei disavanzi delle gestioni passate e, quanto a quelle future, a garantirne gli equilibri. Vi si è poi intrecciata anche la modifica ai criteri originariamente previsti dal d.lgs. 56/2000 per la ripartizione delle risorse destinate fra l'altro al finanziamento della sanità, con un superamento meno veloce del livello di finanziamento della spesa storica, ma con erogazioni per cassa subordinate ad un percorso graduale destinato a coniugarsi con il monitoraggio dei conti sanitari 2004 e 2005 (v. *retro*, Parag. 5).

Regione un acconto di 953,48 milioni di euro sarà versato mediante un contributo annuo quindicennale. La Giunta regionale ha deciso di destinare parte di queste somme [645,28 milioni] a copertura del disavanzo in sanità [disegno di legge reg. n.1084/2005 approvato dall'Assemblea regionale e pubblicato nella GU della Regione siciliana]. A fine anno 2005 la Cassa dd.pp. ha erogato per cassa l'intera somma oltre gli interessi e tale somma è stata trasferita alle Asl a copertura dei disavanzi.

I vincoli, che in questi ultimi anni hanno condizionato l'accesso del comparto regionale alle risorse assegnate a copertura dei fabbisogni, si sono tradotti in un minore impatto sul fabbisogno del settore statale, ma con altrettanta erosione di liquidità per le gestioni sanitarie e maggiori costi per anticipazioni e ritardi nei pagamenti ai fornitori di beni e servizi.

Le seguenti tabelle espongono i dati relativi alla copertura del fabbisogno del comparto regionale e il conseguente impatto sul settore statale.

TAB 14/SA

**FABBISOGNO DEL COMPARTO REGIONALE – COPERTURA
2002 – 2005**

(in milioni di euro)

	TOTALE REGIONI				TOTALE REGIONI S.O.			
	2002	2003	2004	2005	2002	2003	2004	2005
A. Gestione di Bilancio (a+b+c+d+e)	57.347	71.139	64.368	64.334	41.618	54.098	13.438	12.639
a. regioni trasf.correnti	18.366	18.473	19.490	17.555	6.842	5.921	6.859	5.064
b. regioni trasf.c/capitale	7.900	6.940	6.034	5.057	7.286	5.257	4.757	4.226
c. trasferimenti FSN	31.080	6.586	4.791	4.737	27.489	6.276	1.684	1.919
d. Ripiani disavanzi sanità	0	5.963	138	1.539	0	5.739	138	1.430
B. Contributi sanitari (a+b+c)	0	0	0	0	0	0	0	0
A.e. Inps dal 2002 comp. IVA (2862)	0	33.178	33.915	35.447	0	30.905	33.915	0
b. giroconto	0	0	0	0	0	0	0	0
c. fs	0	0	0	0	0	0	0	0
d. altro/ Ed. agevolata L.112/98 art.61 (per il 2001)	0	0	0	0	0	0	0	0
C. Irap (a+b)	31.231	33.562	33.341	34.807	27.785	29.938	29.454	30.853
a. Irap pubblica	8.220	9.156	9.992	9.423	6.686	7.524	8.216	7.682
b. Irap privata	23.011	24.406	23.349	25.384	21.099	22.414	21.238	23.171
D. Addizionale Irpef	4.943	6.177	6.621	6.422	4.348	5.532	5.970	5.767
E. Risorse Cee (a+b)	2.239	4.048	7.006	5.421	1.539	2.688	5.334	3.957
a. risorse Cee	1.331	2.659	4.119	2.641	808	1.831	3.077	1.925
b. risorse cofinanz. nazionale	907	1.389	2.888	2.780	732	856	2.256	2.032
F. Mutui pregressi sanità	0	0	0	0	0	0	0	0
G. Sospesi di tesoreria (b-a+d-c)	6.463	-12.471	21.539	32.040	7.871	-12.443	20.690	65.335
a. rimborsi sanità	22.405	37.296	1.404	704	16.776	34.569	0	0
b. anticip.concesse - sanità	56.357	61.158	57.912	70.723	52.136	56.187	53.240	65.335
c. rimborsi - fondo pereq./dal 2001 - sanità da bilancio/02comp/IVA	27.489	36.333	34.969	37.980	27.489	34.061	32.550	0
d. anticip.concesse - fondo pereq.	0	0	0	0	0	0	0	0
H. Totale finanziamenti (A+B+C+D+E+F+G)	102.224	102.455	132.875	143.025	83.161	79.813	108.801	118.551

Segue TAB 14/SA

	TOTALE REGIONI				TOTALE REGIONI S.O.			
	2002	2003	2004	2005	2002	2003	2004	2005
J. Tesoreria (J = a+b+c+d+e)	8.959	-1.589	23.203	27.671	8.797	-2.942	22.061	26.739
a. sanità - usl (I+II)	199	133	-30	-4	95	281	-195	-46
I. sanità - usl gest. Ordinaria (1-2+3-4+5-6)	305	202	-4	10	178	331	-161	-33
1. DGT usl entrate 20006	4.823	5.123	5.776	6.449	0	0	0	0
2. DGT usl uscite 20006	0	0	0	0	0	0	0	0
3. DGT conto di deb.entrate	0	0	0	0	0	0	0	0
4. DGT conto di debito uscite	4.823	5.123	5.776	6.449	0	0	0	0
5. usl entrate	84.423	88.967	93.927	94.394	75.276	79.125	82.393	83.667
6. usl uscite	84.118	88.765	93.931	94.384	75.098	78.794	82.554	83.700
II. sanità - usl gest. liquidatoria (1-2+3-4+5-6)	-106	-70	-26	-14	-83	-50	-34	-13
1. DGT usl entrate 20011	0	0	0	0	0	0	0	0
2. DGT usl uscite 20011	0	0	0	0	0	0	0	0
3. DGT conto di deb.entrate	0	0	0	0	0	0	0	0
4. DGT conto di debito uscite	0	0	0	0	0	0	0	0
5. usl entrate	214	135	88	165	145	107	51	94
6. usl uscite	320	205	114	179	228	158	85	107
b. sanità regioni (1-2+3-4)	-593	52	-1.575	-1.243	-250	-501	-2.432	0
1. reg sanità entrate	8.816	9.233	8.835	6.634	0	0	0	0
2. reg sanit uscite	9.461	9.143	10.410	7.877	250	501	2.432	0
3. reg. sanità disavanzi USL entrate	53	0	0	0	0	0	0	0
4. reg. sanità disavanzi USL uscite	0	38	0	0	0	0	0	0
c. Irap (1-2+3-4)	12.382	-4.707	12.230	29.497	11.750	-4.949	12.968	27.184
1. Irap pubblica entrate cc	8.220	9.156	9.992	9.423	6.686	7.524	8.216	7.682
2.a Irap pubblica uscite conti ordinari	5.123	6.660	2.768	770	4.605	6.660	2.765	770
2.b Irap pubblica uscite conti sanità	310	1.505	2.177	264	0	0	0	0
3. Irap privata entrate cc	23.221	24.632	23.354	25.388	21.106	22.422	21.242	23.174
4.a Irap privata uscite conto ordinario	12.871	28.227	15.505	3.709	11.430	28.227	13.722	2.899
4b. Irap privata uscite conto sanità	546	1.877	661	568	0	0	0	0
4c. Irap privata uscite Stato-erario	210	226	5	4	8	8	4	3
d. Addizionale Irpef (1-2)	1.264	1.266	5.550	3.377	991	1.192	5.556	2.847
1. Addizionale Irpef entrate cc	4.943	6.177	6.621	6.422	4.348	5.532	5.970	5.767
2. Addizionale Irpef uscite cc	3.679	4.910	1.071	3.046	3.356	4.340	414	2.920
e. regioni altro (1-2+3-4+5-6)	-4.294	1.668	7.028	-3.955	-3.790	1.035	6.163	-3.246
1. regioni ordinari entrate	8.139	9.988	10.673	9.463	0	0	0	0
2. regioni ordinari uscite	8.484	9.473	9.895	10.232	0	0	0	0
3. regioni risorse cee entrate	2.235	4.012	6.975	5.328	1.544	2.701	5.344	3.974
4. regioni risorse cee uscite	2.830	3.908	5.264	5.060	1.979	2.714	3.720	3.766
5. regioni altro entrate	1	0	0	0	1	0	0	0
6. regioni altro uscite	0	0	0	0	0	0	0	0
7. Regioni CTU entrate	78.632	90.456	102.550	96.313	78.632	90.456	102.550	96.313
8. Regioni CTU uscite	81.987	89.409	98.011	99.767	81.987	89.409	98.011	99.767
Impatto sul fabbisogno	93.265	104.044	109.672	115.354	74.364	82.756	86.741	91.812

TAB 15/SA

EFFETTO SUL FABBISOGNO DI CASSA
ANNI 2002 – 2005

(in milioni di euro)

AMMINISTRAZIONI	2002	Inc %	2003	Inc %	2004	Inc %	2005	Inc %
Piemonte	6.431	6,90	7.509	7,22	7.360	6,71	7.936	6,88
Lombardia	12.884	13,81	15.206	14,62	15.834	14,44	17.058	14,79
Veneto	6.440	6,91	7.352	7,07	7.275	6,63	8.251	7,15
Liguria	2.803	3,01	3.132	3,01	3.260	2,97	3.254	2,82
Emilia Romagna	6.423	6,89	7.299	7,02	7.460	6,80	7.372	6,39
Toscana	5.777	6,19	6.124	5,89	6.497	5,92	6.835	5,92
Marche	2.155	2,31	2.494	2,40	2.487	2,27	2.715	2,35
Umbria	1.461	1,57	1.580	1,52	1.630	1,49	1.713	1,48
Lazio	8.243	8,84	9.206	8,85	9.680	8,83	9.998	8,67
Abruzzo	1.689	1,81	2.307	2,22	2.067	1,88	2.552	2,21
Molise	553	0,59	605	0,58	673	0,61	763	0,66
Campania	8.907	9,55	8.993	8,64	10.062	9,18	10.511	9,11
Basilicata	1.256	1,35	1.164	1,12	1.259	1,15	1.430	1,24
Puglia	5.878	6,30	5.967	5,73	6.903	6,29	7.344	6,37
Calabria	3.465	3,72	3.818	3,67	4.295	3,92	4.080	3,54
TOTALE R.S.O.	74.364	79,73	82.756	79,54	86.741	79,09	91.812	79,59
Val d'Aosta	952	1,02	1.054	1,01	1.157	1,06	1.130	0,98
Trentino Alto Adige	286	0,31	378	0,36	362	0,33	380	0,33
Pr. autonoma di Trento	3.342	3,58	3.196	3,07	3.367	3,07	3.444	2,99
Pr. autonoma di Bolzano	3.232	3,47	3.549	3,41	3.661	3,34	3.641	3,16
Friuli Venezia Giulia	2.893	3,10	3.398	3,27	3.315	3,02	3.715	3,22
Sicilia	4.508	4,83	4.821	4,63	6.884	6,28	6.115	5,30
Sardegna	3.688	3,95	4.893	4,70	4.186	3,82	5.116	4,43
TOTALE R.S.S.	18.901	20,27	21.288	20,46	22.932	20,91	23.541	20,41
TOTALE REGIONI	93.265	100,00	104.044	100,00	109.672	100,00	115.354	100,00

FONTE: Ministero dell'economia e delle finanze- IGePA

I suesposti dati offrono il quadro dell'impatto esercitato del comparto regionale sul fabbisogno del settore statale e, per questa via, l'influenza sul fabbisogno complessivo del settore pubblico, pari, nel 2005, a 115.354 milioni di euro con una crescita sul precedente anno di 5.681 milioni. Riferiti alle sole Regioni a statuto ordinario (RSO), tali importi si dimensionano rispettivamente in 91.812 milioni e 5.071 milioni. Va notato come, sia nel 2004 che nel 2005, l'impatto sul settore statale abbia avuto una crescita inferiore rispetto a quella registrata nel 2003 (+8.392 milioni), proprio a causa del congelamento di risorse presso la tesoreria generale, in misura certamente superiore rispetto al passato.

Nell'economia del discorso, l'interesse è ai dati delle (RSO), ove la gestione del bilancio Stato, per la copertura del fabbisogno regionale, espone una crescita nei dati 2005, rispetto al 2004, pari a circa 10.000 milioni di euro, tuttavia calmierati, per circa la metà (5.000 milioni),

grazie ai risultati della gestione di tesoreria. Altrettanto, ma in misura più evidente, vale per il 2004, ove la crescita delle uscite da bilancio è di quasi 30.000 milioni di euro, mitigata per oltre 22.000 milioni dalla gestione di tesoreria.

Per ricostruire tali dimensioni contabili e finanziarie, va intanto ricordato quanto illustrato nel precedente paragrafo a proposito dei monitoraggi che a partire dal 2004 hanno sostanzialmente bloccato parte delle assegnazioni alle Regioni, con conseguente elevata riduzione nei trasferimenti delle spettanze annuali. Se ne ha il riflesso nei dati riportati nelle precedenti tabelle. Le erogazioni 2004 e 2005 per Irap e Irpef, contabilizzate nel bilancio dello Stato, non vengono automaticamente riversate nei bilanci delle Regioni. In sostanza nel 2005, a seguito del blocco in tesoreria Stato, affluiscono alle Regioni solo il 77% delle risorse erogate dal bilancio dello Stato. Flettono inoltre i trasferimenti diretti da bilancio che pari a 54 miliardi nel 2003, segnano il ben più ridotto importo nel 2004 e nel 2005 (13,4 miliardi e 12,6 miliardi) laddove, nel 2004, i 33,9 miliardi di compensazione IVA restano prenotati nei sospesi di tesoreria.

La conseguenza è nel credito delle Regioni che scontano una sanità in forte criticità, accresciuta dalla conseguente crisi di liquidità.

Altro aspetto da notare, sulla base dei suesposti dati, è il peso che sul fabbisogno del settore statale vi rappresenta la sanità che, pari al 60% nel 2002, cresce all'81,5% nel 2005. Si prosciuga di altrettanto il margine per le altre politiche regionali sostanzialmente ridotte in alcune Regioni alla gestione del personale e della sanità senza possibilità di adeguato margine per la programmazione dello sviluppo locale.

Diversa poi è l'incidenza sul fabbisogno del settore statale attribuibile alle diverse Regioni, tant'è che il 50% di tale impatto è riferibile esclusivamente a quattro Regioni (Lombardia, Campania, Lazio e Veneto).

7 La spesa farmaceutica

L'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) ha elaborato i dati del monitoraggio della spesa farmaceutica, convenzionata e non convenzionata, a carico del servizio sanitario nazionale⁹⁹. I dati elaborati assumono come riferimento un percorso che parte dalla singola farmacia, la quale spedisce ogni singola ricetta a carico del SSN e che, nello "strisciare" con lettura ottica la fustella, rileva il codice a barre che identifica ogni specialità, lo memorizza e lo trasmette alla banca centrale AIFA.

Ciò ha consentito, in primo luogo, di acquisire dati certamente più realistici, rispetto a quelli desunti dai CE aziendali, confluiti poi nei consolidati regionali; inoltre, ha permesso di conoscere, oltre quella convenzionata, anche la spesa farmaceutica non convenzionata (ospedaliera + distribuzione diretta).

Da dire, innanzi tutto, come il monitoraggio AIFA sulla farmaceutica convenzionata abbia fatto emergere una differenza, rispetto ai dati di CE quarto trimestre, di quasi 500 milioni.

Prima dell'esame dei dati relativi alla farmaceutica, sia convenzionata che non convenzionata, va ricordato che la normativa introdotta con il d.l. 30 settembre 2003 n. 269 ha integrato l'accordo dell'8 agosto 2001 con la previsione di ulteriori vincoli e regole da rispettare, oggi confermati ulteriormente con l'Intesa del 23 marzo 2005.

Fra questi (art. 48), l'ulteriore limite previsto per la spesa farmaceutica che, oltre a quello del 13% rispetto alla spesa corrente complessiva, introduce anche il tetto del 16%, includendovi l'assistenza farmaceutica a favore dei pazienti in regime di ricovero ospedaliero (c.d. distribuzione diretta). Vi si lega una speciale sanzione a carico delle imprese farmaceutiche chiamate a rispondere, in caso di superamento del tetto, nella misura del 60%, mentre il rimanente 40% resta a carico dei bilanci regionali.

L'applicazione di tale sanzione è rimessa alla competenza dell'AIFA (art. 48) che, per ripianare l'eccedenza rispetto al tetto del 16% del FSN 2005, ha assunto due provvedimenti, in vigore a partire dal 16 gennaio 2006¹⁰⁰. Il primo concerne la riduzione del prezzo al pubblico del 4,4% dei farmaci dispensati o impiegati dal SSN, con alcune esclusioni previste dalla normativa; il secondo riguarda l'applicazione di uno sconto temporaneo dell'1% (pari allo 0,6%

⁹⁹ I dati utilizzati per l'elaborazione sono forniti e certificati dall'Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali (OsMed), sulla base dei dati mensili trasmessi all'AIFA dalle 18.000 farmacie, dati che si riferiscono a tutte le prescrizioni di medicinali rimborsati dal SSN; tale base di dati è costituita da 478 milioni di ricette per l'anno 2005. La spesa netta è quantificata al netto del valore del ticket e dello sconto obbligatorio per il farmacista, ed al lordo dell'IVA sui farmaci (10%).

¹⁰⁰ I provvedimenti in parola sono stati adottati con determinazione 30.12.2005, pubblicati nella GU del 3.1.2006 n. 2 ed entrati in vigore il 16.1.2006.

del prezzo al pubblico) a carico del produttore, per i medicinali rimborsabili dal SSN con esclusione dei farmaci dispensati in ospedale e altre di legge¹⁰¹.

Il citato art. 49 del d.l. 269/2003, nel definire la responsabilità regionale per la quota del 40% di travalicamento, richiamava la sanzione, prevista dall'art. 4 della legge 112 del 2002, della perdita di accesso all'adeguamento del finanziamento del Servizio sanitario nazionale. Sanzione, questa, che sembra ormai superata a seguito della differente disciplina recata nella finanziaria 2005 (comma. 181), la quale tuttavia ne conferma in altro modo gli effetti, condizionando l'erogazione alle Regioni di complessivi 1.000 milioni di euro (1.200 e 1.400 per il 2006 e il 2007) al rispetto dei livelli di spesa farmaceutica fissati dal d.l. 269, dai quali e dal necessario ripiano è poi possibile prescindere —ma limitatamente all'anno 2004— qualora l'equilibrio complessivo del relativo sistema sanitario venga rispettato e puntualmente assolto l'obbligo di erogazione dei livelli essenziali.

La perdita di risorse, conseguente l'applicazione della sanzione prevista dal comma 181, è perciò destinata a pesare sui conti della sanità regionale e se ne possono prevedere eventuali effetti a carico di quelle Regioni di seguito indicate che hanno in misura maggiore oltrepassato i tetti (v. TAB 16/SA, 17/SA, 18 /SA).

Per restare intanto ai dati globali, va osservato come la spesa farmaceutica convenzionata e non convenzionata -sulla base dei dati dell'AIFA- abbia assorbito nel 2005 una percentuale rilevante della spesa sanitaria corrente pari rispettivamente al 14,2% e al 3,7%, in totale 17,8%.

Permane, anche nel 2005, la differenza fra spesa farmaceutica programmata, indicata complessivamente nel 16% (art. 48, co. 1, d.l. 30.9.2003 n. 269, conv. con legge 24.11.2003 n. 326) e spesa effettiva con uno sfondamento pari a 1.610 milioni.

La finanziaria 2006, conferma quanto disposto al suindicato art. 48, comma 5, lett.f) del d.l. 269, in tema di ripartizione dello sfondamento del tetto programmato, imponendo alle Regioni misure di contenimento pari al 40%, mentre il 60% continua a gravare sui produttori. Va ricordato, a riguardo, che le rilevazioni circa il rispetto delle prescrizioni recate dall'art. 48, del d.l. 269 del 2003, sono di competenza dell'Agenzia italiana del farmaco cui spetta altresì di definire eventuali compensazioni sugli effetti derivanti dai provvedimenti a carico delle Aziende produttrici.

Le seguenti tabelle (TAB 16/SA, 17/SA, 18/SA) riportano con riferimento a ciascuna Regione l'importo, in valore assoluto e percentuale, dello sfondamento dell'anno 2005, relativo sia alla farmaceutica convenzionata, sia a quella non convenzionata, sia al valore complessivo e

¹⁰¹ Relativamente all'anno 2004 e al relativo sfondamento del tetto programmato per la farmaceutica convenzionata [13%] l'AIFA ha adottato due distinti interventi a carico delle Aziende farmaceutiche, tenute al ripiano del 60%: applicazione dello sconto [4,12%] sul margine di spettanza al produttore a partire dal 26 giugno 2004 [515 ml €] e aggiornamento del Prontuario Farmaceutico Nazionale [218 ml €].