

Per la sua natura di spesa obbligatoria e per le sue caratteristiche di scarsa comprimibilità, correlate al sistema di garanzia e tutela di origine costituzionale, il costo del lavoro costituisce un forte elemento di rigidità del bilancio regionale, secondo soltanto alle spese per trasferimenti in materia sanitaria, con rilevanti implicazioni sotto il profilo dei vincoli rispetto alla politica di allocazione delle risorse ed a qualsivoglia manovra di contenimento delle spese. Il grado di rigidità del bilancio è misurabile, infatti, sia in relazione alle spese che alle entrate.

L'indicatore che mette in relazione il costo del lavoro e le spese correnti fornisce la misura della parte di spesa regionale che costituisce quello che potrebbe definirsi il "nocciolo duro" attribuibile al personale, data la sua sostanziale incomprimibilità. Il rapporto, invece, tra costo del lavoro ed entrate correnti (titoli I, II e III) dà la misura percentuale di quanto tale costo costituisca un vincolo direttamente incidente sulle scelte allocative dell'amministrazione regionale.

Nei prospetti che seguono, costruiti, si ricorda, mettendo in relazione grandezze di fonte diversa (SLCO e rendiconti regionali), si evince un tasso di rigidità della spesa corrente in continua evoluzione nel triennio considerato, che sta a dimostrare incrementi del costo del lavoro percentualmente superiori agli incrementi della spesa corrente. Il 2004 segna un incremento più forte, dovuto agli effetti del rinnovo contrattuale, ma comunque nel 2005 il grado di rigidità si attesta su livelli maggiori rispetto al 2003. L'analisi territoriale mette in evidenza al nord tassi di gran lunga inferiori (quasi un terzo) rispetto al sud, i quali, fatta eccezione per il 2004, sostanzialmente in media si equivalgono nel 2003 e nel 2005. Anche al sud, dove la rigidità della spesa arriva a superare il 7%, nel 2005 il tasso medio eguaglia quello del 2003, per l'influenza della riduzione del costo del lavoro registrata in Abruzzo. Al centro, il tasso cresce, invece, in maniera evidente e si attesta su un valore medio nel 2005 che sfiora il 2,5%, con regioni in cui supera il 4% (Umbria).

L'incidenza del costo del lavoro rispetto alle entrate correnti evidenzia tassi complessivamente poco inferiori a quelli di incidenza sulla spesa corrente che comunque mostrano un andamento crescente negli anni, con picchi di incidenza nel 2004, attribuibili sia all'aumento del costo del lavoro che alla contrazione delle entrate. Anche rispetto alle entrate l'incidenza cresce man mano che dal nord (tasso medio 1,56%) si scende al sud (tasso medio 4,06%), dove il grado di rigidità presenta variazioni regionali piuttosto ampie.

Rigidita' del costo del lavoro rispetto alle spese correnti

(migliaia di euro)

REGIONE	2003			2004			2005		
	Costo del lavoro	Spese correnti	% costo del lavoro / sp correnti	Costo del lavoro	Spese correnti	% costo del lavoro / sp.correnti	Costo del lavoro	Spese correnti	% costo del lavoro / sp. correnti
Piemonte	149.479	7.880.046	1,90	186.709	7.863.925	2,37	174.555	8.658.437	2,02
Lombardia	194.262	15.560.830	1,25	197.875	16.471.151	1,20	194.698	16.507.187	1,18
Veneto	132.642	7.608.779	1,74	147.599	8.149.316	1,81	139.878	8.446.601	1,66
Liguria	49.797	2.957.668	1,68	54.805	3.537.873	1,55	55.065	3.470.099	1,59
Emilia Romagna	137.521	8.008.668	1,72	152.751	7.342.680	2,08	151.504	7.513.069	2,02
Totale nord	663.701	42.015.991	1,58	739.739	43.364.945	1,71	715.699	44.595.393	1,60
Toscana	109.680	6.108.154	1,80	145.047	6.931.835	2,09	140.987	6.863.106	2,05
Umbria	66.709	1.588.333	4,20	77.626	1.555.992	4,99	70.505	1.731.525	4,07
Marche	66.040	2.596.506	2,54	77.012	2.852.573	2,70	76.640	2.686.822	2,85
Lazio	195.775	10.933.088	1,79	219.816	10.172.657	2,16	209.906	10.238.376	2,05
Totale centro	438.205	21.226.081	2,06	519.501	21.513.057	2,41	498.039	21.519.829	2,31
Abruzzo	81.482	2.133.000	3,82	88.264	2.175.721	4,06	77.620	2.336.590	3,32
Molise	32.627	566.792	5,76	41.631	559.091	7,45	37.258	615.415	6,05
Campania	354.162	9.817.442	3,61	381.861	9.218.558	4,14	355.689	9.822.780	3,62
Puglia	168.494	6.129.563	2,75	208.638	6.264.110	3,33	211.061	7.230.483	2,92
Basilicata	56.287	1.015.336	5,54	64.101	1.031.206	6,22	64.562	1.126.932	5,73
Calabria	225.289	3.507.730	6,42	239.913	3.400.289	7,06	233.622	3.668.925	6,37
Totale sud	918.342	23.169.863	3,96	1.024.407	22.648.975	4,52	979.812	24.801.125	3,95
Totale compl.	2.020.247	86.411.935	2,34	2.283.647	87.526.977	2,61	2.193.551	90.916.347	2,41

Fonte: RGS - SICO

Incidenza del costo del lavoro rispetto alle entrate correnti

(migliaia di euro)

REGIONE	2003			2004			2005		
	Costo del lavoro	Entrate correnti	% costo del lavoro / entr. correnti	Costo del lavoro	Entrate correnti	% costo del lavoro / entr. correnti	Costo del lavoro	Entrate correnti	% costo del lavoro / entr.correnti
Piemonte	149.479	9.048.819	1,65	186.709	8.664.785	2,15	174.555	9.262.276	1,88
Lombardia	194.262	16.256.056	1,20	197.875	16.393.690	1,21	194.698	17.341.565	1,12
Veneto	132.642	7.820.575	1,70	147.599	8.129.030	1,82	139.878	8.798.454	1,59
Liguria	49.797	3.464.122	1,44	54.805	3.490.582	1,57	55.065	3.270.550	1,68
Emilia Romagna	137.521	8.006.111	1,72	152.751	7.746.539	1,97	151.504	8.204.361	1,85
Totale nord	663.701	44.595.683	1,49	739.739	44.424.626	1,67	715.699	46.877.206	1,53
Toscana	109.680	6.866.691	1,60	145.047	6.457.382	2,25	140.987	7.229.728	1,95
Umbria	66.709	1.754.115	3,80	77.626	1.738.480	4,47	70.505	1.870.194	3,77
Marche	66.040	2.631.520	2,51	77.012	2.699.513	2,85	76.640	2.890.161	2,65
Lazio	195.775	10.094.065	1,94	219.816	9.811.003	2,24	209.906	9.989.429	2,10
Totale centro	438.205	21.346.391	2,05	519.501	20.706.378	2,51	498.039	21.979.512	2,27
Abruzzo	81.482	2.187.380	3,73	88.264	2.293.626	3,85	77.620	2.485.919	3,12
Molise	32.627	604.985	5,39	41.631	602.900	6,91	37.258	662.182	5,63
Campania	354.162	9.228.712	3,84	381.861	8.953.572	4,26	355.689	9.309.883	3,82
Puglia	168.494	6.930.758	2,43	208.638	6.895.923	3,03	211.061	6.929.996	3,05
Basilicata	56.287	1.103.360	5,10	64.101	1.146.358	5,59	64.562	1.238.971	5,21
Calabria	225.289	3.789.422	5,95	239.913	3.756.329	6,39	233.622	3.796.177	6,15
Totale sud	918.342	23.844.617	3,85	1.024.407	23.648.708	4,33	979.812	24.423.128	4,01
Totale compl.	2.020.247	89.786.690	2,25	2.283.647	88.779.712	2,57	2.193.551	93.279.846	2,35

Fonte: RGS - SICO

PARTE III

LA SANITÀ

1 Il finanziamento della assistenza sanitaria nella finanziaria 2007

Il comma 796 dell'unico articolo della finanziaria 2007 prevede l'importo di finanziamento del Servizio sanitario nazionale (SSN) in 96 miliardi di euro per il 2007¹⁰⁴, 99 miliardi per il 2008 e 102 miliardi per il 2009; importi comprensivi della somma di 50 milioni di euro annui destinati all'Ospedale "Bambino Gesù".

L'incremento per l'anno 2007 è pari a poco più di 4 miliardi rispetto a quanto determinato con la finanziaria 2005, tenuto conto che la soppressa integrazione di 1.000 milioni, destinata dalla finanziaria 2006 alle regioni con i maggiori disavanzi 2001-2004, viene sostituita da un Fondo transitorio, pari a 1.000 milioni di euro per il 2007, 850 milioni per il 2008 e 700 milioni per il 2009¹⁰⁵; assegnazioni ancora una volta destinate alle regioni con disavanzi elevati e pur sempre subordinate alla sottoscrizione di specifici accordi recanti piani di rientro dai disavanzi.

La relazione tecnica, aggiornata a seguito dei chiarimenti del tavolo di monitoraggio, ha riscontrato che il finanziamento a legislazione vigente, rispetto alla evoluzione della spesa sanitaria tendenziale, evidenziava uno scostamento pari a circa 7.000 milioni¹⁰⁶. L'incremento recato dal d.d.l. finanziaria ha contribuito, come detto, ad una copertura pari a oltre 4.000 milioni con conseguente esigenza di ulteriore copertura per 3.000 milioni di euro. A sostegno della quale la relazione tecnica ha previsto i seguenti contributi:

- 1000 milioni circa a carico delle regioni, rivenienti sia dagli effetti dei piani di rientro (900 milioni), sia per la proroga del meccanismo dell'aumento automatico delle aliquote (1.400 milioni), entrambi tuttavia da valutare al netto di un contestuale riscontro negativo conseguente l'incremento del finanziamento in sanità a causa di un probabile minore sforzo fiscale o di bilancio da parte delle regioni con i conti in ordine (-1.300 milioni);

¹⁰⁴ Il d.l. 20.3.2007 n. 23, in tema di ripiano selettivo dei disavanzi pregressi, ha subito integrazioni nel corso della sua conversione; fra queste, vi è l'incremento del finanziamento del SSN per il 2007 in misura pari alle minori entrate stimate (350 mln +160) per la disposta riduzione/eliminazione della quota di partecipazione alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale (v. *infra* parag. 6).

¹⁰⁵ (96.000 mln + 1.000 mln) - 92.759 mln = 4.241 mln.

¹⁰⁶ La relazione tecnica forniva il seguente quadro rispetto all'anno 2007: finanziamento a legislazione vigente 92.972 mln; spesa tendenziale 103.736 mln; *scostamento* 10.764 mln. Tuttavia in sede di tavolo di monitoraggio venivano evidenziati circa 3.700 milioni di euro su base annua di risorse strutturalmente assicurate dalle regioni, derivanti da: partecipazioni delle Regioni a statuto speciale che finanziano integralmente i loro fabbisogni sanitari; risorse dei bilanci delle Regioni a statuto ordinario anche rinvenienti dalla leva fiscale, escluso l'incremento automatico della aliquote, assicurate a copertura del loro maggiore fabbisogno; maggiori entrate proprie rispetto a quelle scontate in sede di riparto del finanziamento.

- circa 2.000 milioni derivanti da misure predisposte a livello centrale sia per la conferma, anche per il 2007, delle misure di contenimento della spesa farmaceutica deliberate dall'Agenzia italiana per il farmaco (AIFA) a partire dal 22 dicembre 2005 e fino al 27 settembre 2006¹⁰⁷ (800 milioni), sia per le ulteriori misure di contenimento e di responsabilizzazione individuale sui consumi sanitari (1.200)¹⁰⁸.

Ciò considerato e tenuto conto dell'impianto complessivo della manovra, anche per il 2007 restano stringenti gli obiettivi di rientro posti a carico delle gestioni sanitarie ove, nel quadro di un contenimento della spesa corrente complessivamente indotto dalla manovra per 10 miliardi di euro, di quasi 3 miliardi è lo sforzo di riduzioni richiesto agli interventi in sanità, mentre di oltre 4 miliardi è la scommessa sul Patto di stabilità interno (enti locali e regioni).

In particolare, le misure strutturali a carico delle regioni, per il contenimento della spesa sanitaria, rivestono certamente un peso non indifferente e, al pari di quanto già avvertito da questa Corte in occasione delle precedenti manovre di finanza pubblica, non mancano di suscitare perplessità quanto a effettiva possibilità di realizzazione, anche se va pure evidenziato come, con riferimento a tali obiettivi, si sia realizzata – a differenza di quanto avvenuto nelle passate sessioni di bilancio – una sostanziale condivisione nell'ambito di un positivo processo di concertazione confluito nella pluralità di intese siglate fra Stato e Regioni sulle principali misure previste e da adottare con la finanziaria 2007. Ciò rappresenta un elemento di nuova affidabilità che opportunamente fa leva sulla responsabilizzazione del livello regionale alla volta di una condivisa partecipazione sulle misure da adottare e sugli obiettivi da perseguire pur in presenza del necessario rigore implicato e dell'impegno richiesto a riguardo di nuovi spazi di efficienza da riservare alle politiche di spesa in sanità.

1.1 Il nuovo Patto per la salute

Il Patto per la salute siglato il 28 settembre 2006, a seguito dell'intesa raggiunta il 22 dello stesso mese, si iscrive nella nuova logica cui la maggioranza al governo ha inteso ispirare i rapporti fra livello centrale e sistema delle autonomie. La condivisione delle decisioni, sia settoriali che di finanza pubblica, specie se incidenti su *target* rilevanti a corrispondere ad impegni assunti dall'Italia a livello europeo, viene riguardata come momento fondante di un Patto forte cui ogni livello di governo è disposto ad assicurare contributo di responsabile e pieno coinvolgimento.

Va pertanto registrato il successo dell'attuale governo che ha posto nel dovuto risalto il principio della condivisione delle regole ai fini di una più autentica e affidabile costruzione

¹⁰⁷ Si tratta della riduzione del 10% dei prezzi dei farmaci a carico del SSN rispetto a quelli praticati nel dicembre 2005, di uno sconto a carico del produttore pari allo 0,6% del prezzo al pubblico e di una rimodulazione del prontuario che ha previsto una riduzione dei prezzi dei farmaci che hanno avuto un rilevante incremento di consumi nei primi mesi del 2006.

¹⁰⁸ Prestazioni in materia di laboratorio, compartecipazione per spese specialistiche e di pronto soccorso.

degli obiettivi, specie se essi debbano fondarsi su consistenti sacrifici da imporre alle collettività e perciò sulla assunzione di altrettante responsabilità da parte dei governi decentrati.

Le misure del nuovo Patto recepiscono gli indirizzi del DPEF e si dispongono nella coerenza delle maggiori criticità dal settore. In primo luogo, la situazione di reiterati disavanzi registrati nell'ambito di alcune gestioni regionali. Inoltre, per tutte le regioni, anche quelle non in sofferenza, obiettivi di contenimento valevoli a frenare gli andamenti tendenziali.

La cerniera che accomuna tutti gli sforzi di adeguamento è la scommessa forte sulle misure di riorganizzazione e riqualificazione della spesa, entro cui si iscrivono il contenimento dei costi, l'eliminazione degli sprechi e delle inefficienze, la ricerca della appropriatezza.

Il Patto si compone di un aspetto finanziario e di un accordo normativo e programmatico. Importante la previsione concertata di concreti provvedimenti di riforma destinati a conseguire, già nel breve periodo, sia una maggiore efficienza del sistema, sia il miglioramento delle prestazioni ai cittadini, grazie anche ad una maggiore responsabilizzazione di bilancio delle regioni e alle nuove basi di collaborazione fra centro e periferia.

Le linee tracciate, come previsto nel Patto e, in coerenza con gli orientamenti espressi nel DPEF 2007-2011, hanno trovato puntuale espressione nelle norme della finanziaria 2007 in precedenza riportate. Da dire che l'intesa con le regioni fissa la spesa sanitaria complessiva per il 2007 in 101,3 miliardi con una diminuzione rispetto al tendenziale di 2,4 miliardi (v. retro parag. 1, nota 105).

A fronte di tale intesa e dell'obiettivo concordato, restano tuttavia le valutazioni che per 2006 già deponevano, a fine dicembre scorso, per una spesa di circa 102 miliardi di euro, come previsto da questa Corte nella relazione di luglio scorso, con un travalicamento di quasi 11 miliardi rispetto al finanziamento (90 mld +1 mld per copertura disavanzi), solo in parte coperto da risorse proprie regionali, dalle partecipazioni delle RSS e dagli interventi sulla fiscalità. Resta, come si vede, il grave problema dei conti che non tornano a consuntivo, conseguenza anche di una programmazione finanziaria non tarata a sufficienza su indici di fattibilità, i cui effetti già si riscontrano nel generale fenomeno del continuo protrarsi dei pagamenti ai fornitori, indicatore evidente dell'insufficiente liquidità rispetto al fabbisogno. Il Rapporto di dicembre 2006 della RGS sulle "Tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio sanitario" già affermava che, secondo aggiornate stime, il rapporto spesa sanitaria /PIL si sarebbe attestato nel 2006 al 6,9%, con una crescita dello 0,2% rispetto al 2005¹⁰⁹, mentre

¹⁰⁹ Nella Relazione della Corte sulla finanza regionale, approvata nel luglio 2006, il rapporto spesa sanitaria /PIL è già dato al 6,8%.

l'aumento percentuale della spesa sanitaria era valutato a circa l'8% rispetto al 2005¹¹⁰; in sostanza 7,6 miliardi in più che portano la spesa a quota 102 miliardi. Seppure al netto di entrate proprie regionali e delle partecipazioni RSS, il disavanzo finale già a fine dicembre era già valutato fra i 4 e 5 miliardi a fronte dei quali la finanziaria 2007 riconosce e copre solo 2 miliardi.

La scommessa per il 2007 in realtà è soprattutto sul risanamento delle gestioni regionali con disavanzi elevati, pari o superiore al 7% dell'anno precedente e nelle quali sia entrata in vigore la massimizzazione dell'aliquota di addizionale IRPEF e della maggiorazione Irap (cd. regioni in difficoltà); l'accesso al Fondo transitorio, previsto per gli anni 2007-2009, resta infatti subordinato alla predisposizione di un piano di rientro che deve contenere sia le misure di riequilibrio del profilo erogativo dei Livelli essenziali di assistenza, sia le misure di azzeramento del disavanzo. A riguardo delle prime, c'è da dire che, se esse sono presupposto per migliorare i conti ed evitare così la sanzione di ulteriori aggravii fiscali, rappresentano anche la vera opportunità per calmierare l'evoluzione della spesa sanitaria di parte corrente. Quanto ai disavanzi pregressi da sanare, l'esigenza è di misure che possano dispiegarsi su un arco pluriennale.

Valgono poi per tutte le regioni interventi predisposti a fini di contenimento, i quali piuttosto che insistere come in passato su tagli e vincoli imposti e poco plausibili, intendono far leva su maggiore responsabilizzazione da parte di tutti gli attori e utenti del servizio sanitario; il che vale per l'attività prescrittiva dei medici di medicina generale, per la quale si prevede una specifica attività di monitoraggio, come pure per l'uso improprio del pronto soccorso o per l'onere a carico degli utenti per esami di laboratorio effettuati e non ritirati. Insieme, anche misure volte al miglioramento di efficienza e appropriatezza delle prestazioni nel quadro di una revisione straordinaria dei livelli essenziali di assistenza e di una revisione dei 43 DRG ad alto rischio di inappropriatezza, con la previsione di un "pacchetto" di indicatori concordato con le regioni.

Decisa centralità assume poi la presa di coscienza di una stretta coniugazione fra calcolo dell'effettivo costo dei LEA e finanziamento del settore per una più responsabile considerazione dei problemi di finanza pubblica, a fronte dei quali costi non sostenibili impongono una rivisitazione dei livelli essenziali da garantire.

Cruciali a riguardo sono le problematiche relative all'attuazione del Titolo V della costituzione con riferimento all'art. 119, in tema di federalismo fiscale. L'idea che va emergendo è di un sistema fondato su costi standard dei livelli essenziali con perequazione piena, cui va garantito totalmente il finanziamento, con l'obiettivo di assicurare uniformità di prestazioni.

¹¹⁰ Secondo la RGSEP la spesa del 2005 è stata pari a 95,2 miliardi (per la Corte dei conti 96,5 miliardi – Relazione sulla finanza regionale approvata nel luglio 2006).

2 La governabilità del sistema affidata ai monitoraggi e alle verifiche degli adempimenti

Seppure un giudizio positivo vada senz'altro espresso a riguardo dell'avvio di una nuova stagione di condivisione e accordi sui principali aspetti della governabilità del sistema sanitario, restano non poche perplessità sul piano della coerenza di quel complesso di regole e discipline procedimentali, entro le quali, nel permanere di margini di diffidenza e dirigismo, si consuma la ragionevolezza di quelle stesse misure accettate nel quadro di intese responsabilmente assunte su un piano di parità istituzionale.

Gli accordi istituzionali esprimono l'esito di un conflitto ricomposto, ove a confrontarsi sono posizioni antitetiche che postulano un giudizio neutrale nella valutazione degli adempimenti, il cui rispetto esige perciò l'intervento di un momento istituzionale di controllo conformato in modo da garantire equidistanza e terzietà rispetto a ciascuno dei due livelli di governo.

A destare serie perplessità è del resto la proliferazione degli organismi di controllo chiamati a vigilare sui conti e sulla gestione della sanità. Per citare solo quelli di recente istituzione, a partire dalla finanziaria 2006, si va dalla Commissione nazionale sull'appropriatezza delle prescrizioni all'istituzione contemporanea del SIVEAS che finisce per doppiarne le competenze; per proseguire, sul piano finanziario, con la competenza del livello centrale (Ministero dell'economia) di verifica e definizione dei criteri e modalità di certificazione dei bilanci degli enti sanitari per una asseverazione della veridicità dei conti, allo stesso tempo demandata alla previsione dei nuovi controlli di regolarità contabile affidati alla Corte dei conti e sui quali campeggia assorbendone valore e considerazioni il monitoraggio del tavolo della verifica degli adempimenti, istituito presso la RGS, che spiazza ogni altro controllo. Quanto all'Unità di monitoraggio, prevista dalla finanziaria 2007 (comma 724), se essa può valere in certo senso a bilanciare l'eccessiva solitudine dell'Economia nel controllo sull'equilibrio dei conti e sugli adempimenti richiesti dal Patto di stabilità interno e dal Patto per la Salute, specie con l'ampliamento di competenze conseguenti la sua trasformazione nell'Organismo indipendente previsto dalla legge delega sul c.d. Codice delle autonomie (art. 2, comma 3, del d.d.l.), essa tuttavia finirà per duplicare le competenze della Corte dei conti assegnate dalla legge 20 del 1994 le quali, a seguito di quanto previsto dalla finanziaria 2006, includono una collaborazione a tutto raggio sia in tema di corretta applicazione delle regole contabili in materia di costruzione dei conti, sia valutazioni sulle gestioni e sulla affidabilità delle medesime, nel quadro complessivo delle regole imposte dal livello di governo centrale e perciò in una equilibrata equidistanza e neutralità fra centro e periferia.

Si è parlato di “ingorgo” di monitoraggi. Quel che occorre rilevare è la mancanza di coordinamento fra i differenti momenti di controllo, mentre resta assente una garanzia di terzietà nella valutazione di adempimenti che rappresentano contropartita nell’ambito di accordi istituzionali fra livello centrale e regionale.

È quanto avviene con il tavolo degli adempimenti istituito a seguito della intesa del 23 marzo 2005; una intesa che, a suo tempo, la Corte non ha mancato di definire “obbligatoria”, priva cioè di un’effettiva condivisione da parte regionale. Sono regole che vanno ripensate e, nel farlo, le esigenze da salvaguardare postulano appropriati percorsi procedurali ove, mentre le verifiche degli adempimenti dovrebbero trovare ulteriore asseverazione in una valutazione rimessa ad un momento istituzionale neutrale che ne rapportasse esiti e rappresentazioni sia al tavolo politico sia alle superiori istanze del Parlamento, d’altro canto la pluralità degli interventi di indirizzo e linee guida dovrebbero trovare momenti intesi quanto meno a favorire una sostanziale condivisione.

3 La nuova disciplina delle anticipazioni di tesoreria per il finanziamento della spesa sanitaria di parte corrente

La finanziaria 2007 conferma la consolidata disciplina delle anticipazioni di tesoreria prevista nel quadro del complesso sistema di finanziamento della spesa sanitaria.

Da dire a riguardo che, delle diverse fonti di finanziamento della spesa sanitaria, solo i contributi di partecipazione alla spesa sanitaria sono riscossi direttamente dalle regioni, mentre invece le somme rimosse dall’erario a titolo di IRAP e addizionale IRPEF sono riversate alle regioni periodicamente sui conti correnti infruttiferi e sulle contabilità speciali di giroconto istituiti presso le sezioni di tesoreria provinciale dello Stato.

Proprio perché si tratta di un meccanismo che, di per sé, non è in grado di sostenere e adeguare le entrate regionali di competenza alla continuità dei flussi di spesa, è stato previsto un sistema di anticipazioni di tesoreria inteso a garantire alle regioni una disponibilità finanziaria *in misura sufficiente a finanziare la spesa sanitaria corrente*¹¹¹. Le tesorerie provinciali operano contestualmente le relative compensazioni sulle risorse spettanti alle regioni. Alla disciplina delle anticipazioni ha provveduto il DM 21 febbraio 2001 disponendo che le anticipazioni siano concesse, in quote trimestrali anticipate, sino ad un dodicesimo mensile delle somme spettanti a titolo di quota IRAP, di quota addizionale IRPEF e di quota parte IVA determinata ai sensi del d.lgs. 56 del 2000. I dodicesimi erano inizialmente commisurati all’ammontare spettante a ciascuna regione e Provincia autonoma, risultante dalla deliberazione CIPE di ripartizione delle

¹¹¹ Così l’art. 13 del d.lgs 18.2.2000 n. 56.

risorse assunta sulla base delle previsioni di gettito determinate dal Ministero dell'economia. Le regolazioni compensative a seguito della misura effettiva dei gettiti di ciascuna regione andavano effettuate nell'esercizio successivo. Il DM 24 marzo 1998, poi modificato con DM 23 novembre 2000, ha definito le modalità di riversamento alle regioni delle risorse spettanti per Irap e Irpef¹¹².

Su tale complesso meccanismo di finanziamento si è successivamente innescato l'ulteriore sistema di condizionare i versamenti di parte delle risorse spettanti alle regioni al pieno rispetto sia del patto di stabilità interno, sia del patto per la sanità con la conseguente lunga procedura delle verificazioni da parte del Tavolo tecnico, previsto sin dall'accordo 2001 ma poi istituito a fine dicembre 2004.

Ora, il comma 796 dell'articolo unico della finanziaria 2007 (legge 27.12.2006 n. 296) ha inteso alleggerire gli effetti penalizzanti della procedura di acquisizione delle risorse da parte regionale aumentando al 97% la misura dell'anticipazione spettante a ciascuna regione a titolo di "quota indistinta del fabbisogno sanitario", in precedenza fissata al 95% sin dalla finanziaria 2004 (art. 3 comma 30). A proposito di tale percentuale e quindi della misura della anticipazione, a parte la questione della penalizzazione prevista per le regioni non in regola con gli adempimenti richiesti e di cui si dirà in seguito, ne va tuttavia considerata, innanzitutto, la deroga a quanto disposto dal d.lgs. 56 del 2000 e, in secondo luogo, lo specifico parametro di riferimento.

Quanto alla prima questione va ricordato che l'art. 13, comma 6 del d.lgs. 56 citato, non fissa alcuna misura né modalità di erogazione ma stabilisce, come criterio teleologico, che le anticipazioni siano erogate *"in misura sufficiente ad assicurare, insieme con gli accreditamenti dell'IRAP e dell'addizionale regionale all'IRPEF, l'ordinato finanziamento della spesa sanitaria corrente"*. Le regioni poi incassano i versamenti effettuati dai contribuenti, a titolo di Irap e addizionale Irpef, secondo le complesse procedure di riversamento previste dal DM 24 marzo 1998 e successive modifiche, senza che tuttavia l'afflusso di tali somme alle proprie contabilità sia in grado di garantire la continuità dei flussi che deve perciò essere assicurata dalla disciplina delle anticipazioni. A fronte di quanto detto non sembrano coerenti con l'indicata disciplina legislativa le reiterate deroghe che hanno comportato la riduzione della

¹¹² Le anticipazioni sono concesse in base alle somme spettanti a ciascuna regione secondo l'intesa che Stato e Regioni devono raggiungere in sede di Conferenza (art. 115, comma 1, lett. a) d.lgs. 112/98). Il raggiungimento dell'intesa è dunque condizione e misura delle anticipazioni. Da ricordare tuttavia che nella precedente disciplina, risalendo solo alla finanziaria 2005, la corresponsione delle anticipazioni fra l'altro parametrize al nuovo livello di finanziamento (maggiore a seguito della disposta integrazione) era subordinata anche alla deliberazione CIPE, destinata a slittare anche oltre l'esercizio. Le Regioni hanno ottenuto nel frattempo anticipazioni commisurate alle minori spettanze dell'esercizio precedente. La finanziaria 2006 ha in realtà rimosso gli ostacoli postisi in ordine all'applicazione del d.lgs. 56/2000 (art. 1, commi 319-324) ed è possibile auspicare che la decisione regionale e la conseguente intesa possa non intervenire ad inizio anno.

corresponsione delle anticipazioni nella misura del 95% prima e poi al 97% del finanziamento spettante. Ed invero seppure per il residuo 5% e/o 3% resta la possibilità di acquisizione, essa tuttavia per un verso è condizionata al rispetto di tutti gli adempimenti imposti, mentre d'altro canto la verifica di tali adempimenti è destinata a protrarsi ben oltre l'esercizio considerato, sconfessando la stessa finalità assegnata all'anticipazione, quella cioè di garantire la continuità dei flussi e un ordinato finanziamento della spesa sanitaria corrente. Si tratta di contraddizione di non poco conto, perché, la deroga segnalata, abbassando il livello delle assegnazioni di cassa al di sotto della soglia di fabbisogno, pur nel quadro di un sistema sanzionatorio volto ad innescare azioni virtuose, ha avuto tuttavia l'effetto di costringere il versante regionale ad attivare forme alternative di finanziamento certamente costose e con effetti perversi in termini di altrettanta maggiorazione di spesa. In questi termini si collocano non solo le anticipazioni onerose attenuate dai propri tesorieri, ma specialmente il fenomeno dei ritardi nei pagamenti ai fornitori di beni e servizi da parte di Asl e ospedali che, nei casi più gravi, hanno altresì costretto ad operazioni di *factoring* o di cartolarizzazione rese necessarie per arginare l'elevato costo della mora automatica e delle procedure per ingiunzione da parte dei creditori.

Altro aspetto da considerare è poi quello relativo al parametro adottato per l'anticipazione. Va ricordato a riguardo che il complesso delle disponibilità per il SSN finanzia sia la spesa stabilita come necessaria ad assicurare i livelli sanitari di assistenza (LEA) -spesa che coincide sostanzialmente con la "quota indistinta di fabbisogno"- sia programmi particolari di intervento, nazionali e regionali, stabiliti con leggi specifiche. La disciplina delle anticipazioni di tesoreria, come interpretata a livello nazionale, non si applica a questa seconda parte del finanziamento mentre poi sconta nel suo importo le compensazioni per mobilità sanitaria sia nazionale che internazionale.

Va considerato a riguardo come, non solo le prestazioni per livelli essenziali, ma anche particolari interventi non compresi nella "quota indistinta di fabbisogno" vanno resi nell'anno di competenza. In tal caso sono le risorse regionali che vi devono corrispondere con evidenti pressioni sul margine della liquidità. Una breve ricostruzione degli effetti finanziari legati a tale disciplina pone in chiaro come rispetto ai 91 miliardi di euro di finanziamento del fabbisogno sanitario 2006, solo 81 miliardi (determinati al netto di entrate proprie e partecipazioni delle regioni a statuto speciale) costituiscono misura delle anticipazioni, da scontare poi sulla mobilità. Considerata la percentuale del 95% da assicurare per il 2006 alle regioni, in attesa della conclusione del tavolo delle verificazioni, solo 77 miliardi sono nel frattempo garantiti per cassa ai fini del finanziamento di costi originariamente stimati in 88 miliardi e che, pur

avvalendosi di ulteriori entrate per compartecipazioni ed entrate proprie, risultano attestati a consuntivo a circa 101 miliardi. Una differenza rispetto al fabbisogno che deve far ragionare sulle cause, ma che dovrebbe quanto meno portare all'eliminazione di eccessive anomalie nel sistema dei farraginosi meccanismi delle anticipazioni le quali dovrebbero essere restituite alla loro originaria finalità, mentre il sistema sanzionatorio dovrebbe percorrere differenti soluzioni che non quelle incidenti sui criteri di copertura dei fabbisogni.

Va certo considerato che quanto descritto sul sistema di assegnazione delle risorse ha un non irrilevante effetto in termini di esposizione dei nostri conti a livello europeo con sollievo della percentuale di indebitamento in ragione dei sospesi di tesoreria e di ricorso ad alternative di finanziamento da parte delle regioni.

L'avviso di questa Corte è tuttavia nel senso che non sia corretto far ricadere sui conti delle regioni e sulla affidabilità delle relative gestioni creatività contabili non in linea con la più recente strategia di condivisione e concertata assunzione di responsabilità da parte di entrambi i versanti istituzionali.

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

Il fabbisogno del settore statale per l'anno 2006 è risultato pari a circa 34,6 miliardi di euro contro i 60 registrati nel 2005, con un miglioramento pari a 25 miliardi di euro.

Da ricordare, a riguardo, che tale saldo registra gli andamenti di cassa del bilancio della Stato e i rapporti con la tesoreria dei principali comparti di finanza derivata.

La relazione sulla stima del fabbisogno di cassa al 30 settembre 2006 ascriveva la già rilevata tendenza al miglioramento, oltre ad un più favorevole andamento del gettito tributario, anche al rispetto delle misure di contenimento della spesa adottate con la finanziaria 2006.

In base a tale relazione, al miglioramento del fabbisogno rispetto alle stime previsionali, hanno contribuito le regioni le quali hanno prelevato risorse di ammontare inferiore a quello previsto nelle stime tendenziali, a valere sulle somme accreditate nell'ultimo bimestre dell'anno, in relazione a spettanze pregresse relative agli esercizi 2002, 2003 e 2004. Circostanza certamente riferibile ai vincoli di spesa imposti a tali enti dalle regole contenute nella leggi finanziarie 2006 e precedenti.

Si tratta di un sistema che in sostanza ha finito per bloccare fondi destinati ad annualità passate e che, a seguito di quanto previsto dal d.l. 14 marzo 2005, convertito con la legge 14 maggio 2005 n. 80, sono stati attratti nella tagliola del monitoraggio (art. 4). Il che vale per le risorse 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 regioni¹¹³. La finanziaria 2006, a seguito dell'accordo raggiunto dalle regioni (documento di Santa Trada 21 luglio 2005), ha stabilito un superamento meno veloce del livello di finanziamento basato sulla spesa storica, con sblocco dei fondi relativi agli anni 2002 (0,6 mld), 2003 (3,3 mld), 2004 (4,3 mld), 2005 (4,3 mld) 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 adempimenti¹¹⁴.

Il decreto del Ministero dell'economia 9 novembre 2006, a seguito del parere favorevole reso il 19 ottobre 2006 dalla Conferenza Stato-Regioni, ha finalmente individuato le risorse arretrate spettanti alle regioni a titolo di compartecipazione all'IVA per gli anni 2002-2003-2004, con uno slittamento di quattro, tre, due anni, per importi rispettivamente pari a 611 milioni, 4.799 milioni, 2.654 milioni; in totale 8.064 milioni di euro, da erogare il 22 novembre e il 22 dicembre in due soluzioni di pari importo, al netto tuttavia del blocco di somme da accantonare in quanto ancora una volta subordinate alla verifica degli adempimenti di cui agli accordi del 8 agosto 2001 e 16 dicembre 2004. Lo slittamento dei soli finanziamenti ex d.lgs. 56 del 2000 ha comportato una grave sofferenza di cassa nella gestione dell'anno appena chiuso per un ammontare che complessivamente si aggira in una decurtazione di liquidità la cui stima è

¹¹³ 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'IVA (37,39%) e di ripartizione fra le Regioni sono stati infatti emanati il 7 e il 14 maggio 2004. Senonché, a causa dell'insufficiente copertura del fabbisogno sanitario, lamentata da alcune Regioni del Mezzogiorno e dei ricorsi presentati alla Corte costituzionale e al TAR del Lazio, il Governo, con d.l. 30 dicembre 2004 n. 314, ha sospeso l'applicazione dell'art. 7 del d.lgs. 56/2000 e rinviata l'efficacia del DPCM 14 maggio 2004.

¹¹⁴ Forte è stato 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 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).

di oltre 15 miliardi di euro¹¹⁵, cui si aggiungono poi le spettanze arretrate per la copertura disavanzi a carico dello Stato, nonché le entrate conseguenti i provvedimenti di automatismo fiscale o di autonoma fiscalità la cui erogazione in ordine all'anno di imposta 2006 è prevista al 2008.

È utile ricordare a riguardo che, ad essere soggette all'attività di monitoraggio del tavolo tecnico di verifica degli adempimenti, oltre ai finanziamenti ordinari, sono anche le risorse integrative e quelle previste per ripianare i disavanzi nonché quelle a sostegno straordinario alle regioni in difficoltà; il che vale sia per i 2.000 milioni previsti in finanziaria 2005 relativamente ai disavanzi 2001-2003 (1.450 milioni a favore delle regioni e 550 per IRCCS e Policlinici), sia per altri 2.000 milioni stanziati con la finanziaria 2006 per i disavanzi 2002-2004, mentre ad integrazione dell'insufficiente dotazione del FSN è valsa la previsione di 1.000 milioni da ripartire fra le regioni in difficoltà¹¹⁶.

Il sistema di finanziamento dell'assistenza sanitaria, a causa dei descritti meccanismi e dei conseguenti ritardi nell'erogazione delle risorse di competenza, influisce negativamente sulle gestioni rappresentando un'ulteriore e non secondaria ragione di squilibrio. Il credito per competenze arretrate per oltre 15 miliardi, con la conseguente crisi di liquidità, è all'origine delle misure adottate per farvi fronte, una delle quali è stata e continua ad essere il rinvio dei pagamenti per le forniture sanitarie, il quale rinvio –come si è visto– ha innescato un circolo vizioso di ulteriore progressivo aggravio dei costi della sanità. La raccomandazione è perciò quella di urgente superamento di tale meccanismo perverso di finanziamento, accelerando il percorso volto alla definitiva approvazione di una esaustiva disciplina di federalismo fiscale, da troppo tempo rinviata.

¹¹⁵ L'importo, seppure stimato, si avvale tuttavia della ricostruzione operata da diverse Regioni a seguito di richiesta istruttoria di questa Corte, nonché dei dati riportati nei Piani di rientro predisposti da cinque delle sei regioni "in difficoltà" (il problema non si pone per la Sicilia per il diverso sistema di finanziamento).

¹¹⁶ L'accesso a tali risorse aggiuntive 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 da parte 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.

La situazione descritta trova in parte una sua evidenza nei dati riportati nella seguente tabella che recano l'esposizione dell'impatto sul fabbisogno del settore statale esercitato dal versante regionale per tramite dei finanziamenti dal bilancio dello Stato e dei tiraggi di cassa dalla tesoreria statale nel corrispondente saldo fra versamenti e prelevamenti.

TAB 1/SA

FABBISOGNO DEL COMPARTO REGIONALE – COPERTURA
2003 – 2006

(in milioni di euro)

	TOTALE REGIONI				TOTALE REGIONI S.O.			
	2003	2004	2005	2006	2003	2004	2005	2006
A. Gestione di Bilancio (a+b+c+d+e)	71.139	64.368	64.334	70.190	54.098	47.353	48.086	54.921
a. regioni trasf. correnti	18.473	19.490	17.555	19.266	5.921	6.859	5.064	5.871
b. regioni trasf. c/capitale	6.940	6.034	5.057	6.401	5.257	4.757	4.226	4.696
c. trasferimenti FSN	6.586	4.791	4.737	482	6.276	1.684	1.919	313
d. Ripiani disavanzi sanità	5.963	138	1.539	68	5.739	138	1.430	68
e. Inps dal 2002 comp. IVA (2862)	33.178	33.915	35.447	43.973	30.905	33.915	35.447	43.973
B. Contributi sanitari (a+b+c)	0	0	0	0	0	0	0	0
a. giroconto	0	0	0	0	0	0	0	0
b. fs	0	0	0	0	0	0	0	0
c. altro/ Ed. agevolata L.112/98 art.61 (per il 2001)	0	0	0	0	0	0	0	0
C. Irap (a+b)	33.562	33.341	34.807	37.968	29.938	29.454	30.853	33.555
a. Irap pubblica	9.156	9.992	9.423	10.268	7.524	8.216	7.682	8.371
b. Irap privata	24.406	23.349	25.384	27.701	22.414	21.238	23.171	25.184
D. Addizionale Irpef	6.177	6.621	6.422	6.191	5.532	5.970	5.767	5.544
E. Risorse Cee (a+b)	4.048	7.006	5.421	6.997	2.688	5.334	3.957	5.061
a. risorse Cee	2.659	4.119	2.641	3.633	1.831	3.077	1.925	2.688
b. risorse cofinanz. nazionale	1.389	2.888	2.780	3.364	856	2.256	2.032	2.372
F. Mutui pregressi sanità	0	0	0	0	0	0	0	0
G. Sospesi di tesoreria (b-a+d-c)	-12.471	21.539	32.040	-13.563	-12.443	20.690	27.355	-15.498
a. rimborsi sanità	37.296	1.404	704	33.685	34.569	0	0	32.640
b. anticip. concesse - sanità	61.158	57.912	70.723	60.551	56.187	53.240	65.335	57.571
c. rimborsi - fondo pereq./dal 2001 - sanità da bilancio/02compIVA	36.333	34.969	37.980	40.429	34.061	32.550	37.980	40.429
d. anticip. concesse - fondo pereq.	0	0	0	0	0	0	0	0
H. Totale finanziamenti (A+B+C+D+E+F+G)	102.455	132.875	143.025	107.783	79.813	108.801	116.018	83.582

FONTE: Ministero dell'economia e delle finanze- IgePA

Segue TAB 1/SA

	TOTALE REGIONI				TOTALE REGIONI S.O.			
	2003	2004	2005	2006	2003	2004	2005	2006
J. Tesoreria (J = a+b+c+d+e)	-1.589	23.203	27.671	-14.732	-2.942	22.061	26.739	-10.964
a. sanità - usl (I+II)	133	-30	-4	-131	281	-195	-46	150
I. sanità - usl gest. Ordinaria (1-2+3-4+5-6)	202	-4	10	-90	331	-161	-33	178
1. DGT usl entrate 20006	5.123	5.776	6.449	5.991	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	5.123	5.776	6.449	5.991	0	0	0	0
5. usl entrate	88.967	93.927	94.394	98.267	79.125	82.393	83.667	87.836
6. usl uscite	88.765	93.931	94.384	98.357	78.794	82.554	83.700	87.658
II. sanità - usl gest. liquidatoria (1-2+3-4+5-6)	-70	-26	-14	-41	-50	-34	-13	-28
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	135	88	165	132	107	51	94	63
6. usl uscite	205	114	179	173	158	85	107	92
b. sanità regioni (1-2+3-4)	52	-1.575	-1.243	217	-501	-2.432	0	0
1. reg sanità entrate	9.233	8.835	6.634	7.411	0	0	0	0
2. reg sanit uscite	9.143	10.410	7.877	7.144	501	2.432	0	0
3. reg. sanità disavanzi USL entrate	0	0	0	0	0	0	0	0
4. reg. sanità disavanzi USL uscite	38	0	0	50	0	0	0	0
c. Irap (1-2+3-4)	-4.707	12.230	29.497	-10.989	-4.949	12.968	27.184	-8.086
1. Irap pubblica entrate cc	9.156	9.992	9.423	10.268	7.524	8.216	7.682	8.371
2.a Irap pubblica uscite conti ordinari	6.660	2.768	770	13.417	6.660	2.765	770	11.337
2.b Irap pubblica uscite conti sanità	1.505	2.177	264	2.023	0	0	0	0
3. Irap privata entrate cc	24.632	23.354	25.388	27.704	22.422	21.242	23.174	25.186
4.a Irap privata uscite conto ordinario	28.227	15.505	3.709	31.884	28.227	13.722	2.899	30.304
4b. Irap privata uscite conto sanità	1.877	661	568	1.633	0	0	0	0
4c. Irap privata uscite Stato-erario	226	5	4	3	8	4	3	3
d. Addizionale Irpef (1-2)	1.266	5.550	3.377	-5.512	1.192	5.556	2.847	-4.506
1. Addizionale Irpef entrate cc	6.177	6.621	6.422	6.191	5.532	5.970	5.767	5.544
2. Addizionale Irpef uscite cc	4.910	1.071	3.046	11.703	4.340	414	2.920	10.050
e. regioni altro (1-2+3-4+5-6)	1.668	7.028	-3.955	1.685	1.035	6.163	-3.246	1.479
1. regioni ordinari entrate	9.988	10.673	9.463	10.683	0	0	0	0
2. regioni ordinari uscite	9.473	9.895	10.232	10.033	0	0	0	0
3. regioni risorse cee entrate	4.012	6.975	5.328	6.942	2.701	5.344	3.974	5.061
4. regioni risorse cee uscite	3.908	5.264	5.060	7.074	2.714	3.720	3.766	4.749
5. regioni altro entrate	0	0	0	0	0	0	0	0
6. regioni altro uscite	0	0	0	0	0	0	0	0
7. Regioni CTU entrate	90.456	102.550	96.313	107.565	90.456	102.550	96.313	107.565
8. Regioni CTU uscite	89.409	98.011	99.767	106.397	89.409	98.011	99.767	106.397
Impatto sul fabbisogno	104.044	109.672	115.354	122.514	82.756	86.741	91.812	94.546

FONTE: Ministero dell'economia e delle finanze- IgePA

Nell'esame dei suesposti dati va ricordato che i versamenti Irpef e Irap transitano dalla tesoreria generale al bilancio Stato per essere poi riversati alle regioni in corrispondenza delle rispettive spettanze, rispetto alle quali vanno distintamente considerate le assegnazioni di competenza e le scansioni procedurali regolatrici della cassa, mai coincidenti con le prime. Le risorse affluite in tesoreria a titolo di Irap e Irpef, a partire dal 2002 e sino al 2006, ascendono rispettivamente a 112 miliardi e 27 miliardi, mentre in uscita a bilancio Stato per l'assegnazione alle regioni figurano solo 86 e 21 miliardi con una differenza di circa 6 miliardi per anno che tardano a raggiungere i bilanci delle regioni né risultano totalmente compensati dal meccanismo delle anticipazioni di Banca d'Italia.

5 I risultati delle gestioni sanitarie. Aspetti metodologici

La ricostruzione dei risultati di esercizio, oltre che per il 2006, anche per gli anni dal 2001 sino al 2005 –sui quali si è già riferito con le precedenti relazioni– è tuttavia funzionale all'aggiornamento dei dati in passato riportati, per tenere conto dell'esito delle verifiche effettuate in sede di monitoraggio sulla corretta ricostruzione degli equilibri e le regolari appostazioni contabili. Del resto va pur detto che specie l'ultimo anno in riferimento utilizza i dati del conto economico (CE) del 4 trimestre destinati a transitare nel cosiddetto modello CE 5 e SP annuale le cui risultanze sono trasmesse ai Ministeri dell'economia e della salute entro il 30 maggio mentre entro il 30 giugno le regioni provvedono al consolidamento e alla validazione dei dati.

A tale proposito, la previsione in finanziaria 2006 (comma 170) di specifici interventi della Corte, tramite le Sezioni regionali, intesi a promuovere, tramite il raccordo con i collegi sindacali delle Aziende, la affidabilità dei dati, da certificare sulla base di specifiche linee guida, è sembrato rappresentare la premessa di una più trasparente leggibilità e confrontabilità dei risultati di esercizio e dei conseguenti consolidati regionali¹¹⁷.

Il fatto tuttavia che tali consolidati siano sottoposti a ulteriori rideterminazioni, a seguito dei monitoraggi sui disavanzi e sulle misure di ripiano intraprese dalle regioni, rende le contabilità sanitarie del tutto incerte nell'anno di partenza e destinate ad assestarsi solo a seguito delle ricontabilizzazioni degli anni successivi, rispetto alle quali rischiano di restare ininfluenti le certificazioni rese dai collegi sindacali sulla base degli indirizzi proposti dalla Corte con le sue linee guida.

Per quanto riguarda poi le operazioni di consolidamento riferite alle aziende sanitarie e ospedaliere, va pure ricordato che in base a quanto previsto dall'art. 2 del d.lgs. 30 dicembre 1992 n.502 e dall'art. 1, commi 164, 173 e 174 della legge 30 dicembre 2004 (finanziaria 2005), la regione è

¹¹⁷ Il comma 170 della finanziaria 2006 richiama i commi 166 e 167 per estendere anche a riguardo degli enti sanitari adempimenti a carico dei collegi sindacali ai fini della segnalazione di eventuali gravi irregolarità incidenti sui risultati di esercizio, da parte della Sezione regionale della Corte dei conti, alle Regioni interessate.