

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.

Sono seguite le operazioni di completamento della ristrutturazione; recente infatti altra cartolarizzazione per 964 milioni sempre con la soc. Atlantide, con avvenuta emissione di titoli nel 2006 e rimborso previsto al 2016, nonché le operazioni Kimono 1 e 2 con emissioni nel 2005 per 115 milioni e nel 2006 per 900 milioni, scadenza al 2011; infine la recente cartolarizzazione tramite la soc. Green Finance per 654 milioni di titoli emessi nel 2006.

In **Campania**, per il ripiano dei debiti di aziende sanitarie e ospedaliere, maturati sino al 31 dicembre 2005, è stata costituita apposita società per azioni, So.Re.Sa., delegata a effettuare la chiusura di situazioni debitorie e autorizzata a provvedervi tramite operazioni finanziarie non superiori ad anni trenta, ivi compresa l'ipotesi di una 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. A fronte della quale è stata decisa una manovra tributaria con aumento delle addizionali Irpef e aliquota Irap, valevole a creare risorse aggiuntive per 170 milioni di euro nel bilancio regionale, vincolate a partire dal 2005 all'ammortamento del debito da ristrutturare con scadenza fissata in 30 anni. La So.Re.Sa. ha individuato, tramite procedura ad evidenza pubblica, l'offerta più vantaggiosa e l'operazione è stata aggiudicata il 1° aprile 2006 con la previsione di emissione di titoli da un minimo di 2.520 a un massimo di 2.750 milioni. Contestualmente la So.Re.Sa. ha provveduto agli accertamenti necessari per la determinazione del debito residuo non ristrutturato risultato pari a circa 4.100 milioni di euro.

Anche l'**Abruzzo** ha fatto ricorso ad operazioni di cartolarizzazione di crediti tramite la società FI.R.A., partecipata al 51% dalla Regione, che ha acquistato *pro soluto* dai fornitori i crediti al 31 dicembre 2003 vantati nei confronti delle Asl, per un prezzo di cessione pari al 100% della sorte capitale e rinuncia ad interessi, spese legali e oneri accessori, sulla base di atti transattivi che prevedevano il rimborso del debito in 10 anni e con delegazione di pagamento alla regione Abruzzo. Tali crediti sono stati poi ceduti al medesimo prezzo di 337 milioni dalla FI.R.A. alla soc. veicolo Cartesio s.r.l. che ha emesso titoli per valore nominale di 336 milioni e scadenza 2015. Il collocamento dei titoli sui mercati è stato curato da Dexia-Crediop e Merrill Lynch.

Altra operazione di cartolarizzazione dei crediti commerciali è stata avviata dalla soc. FI.R.A. a completamento della precedente per le partite debitorie successive, sino a tutto l'anno 2004. Anche in questo caso sono stati stipulati atti transattivi con la rinuncia ad interessi e spese legali mentre la regione Abruzzo ha accettato la delegazione di pagamento per il rimborso in 15 anni del debito poi ceduto per 327 milioni alla soc veicolo D'Annunzio s.r.l..

Una terza operazione di cartolarizzazione per rimborso di crediti commerciali, pari a circa 243 milioni, è stata attuata a seguito dell'acquisto dei crediti da parte delle società D'Annunzio e Deutsche Bank alla quale ultima si è sostituita poi la Adriatica Finance srl e prevede un rimborso da parte della Regione, di durata quindicennale, a seguito di accettazione di delegazione di pagamento per l'indicato importo per capitale, interessi e premio forfetario. L'esposizione regionale trova appostazione in bilancio cui affluiscono risorse a ciò vincolate rinvenienti dall'alienazione del patrimonio immobiliare delle Asl.

Operazione di 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 di debiti sanitari sono previste in **Sicilia** per 750 milioni, secondo il medesimo schema già descritto a proposito delle iniziative di altre regioni, con l'obiettivo di risparmio sugli interessi e immediati vantaggi finanziari.

Uno smobilizzo *pro soluto* di debiti sanitari è stato deliberato dalla regione **Piemonte** il 7 novembre 2006 con riferimento a crediti certificati per 715 milioni di euro. La cessione dei crediti a diverse banche ha comportato il contestuale incarico di *advisory* per la strutturazione di

una operazione di rinegoziazione tramite atti transattivi e delegazioni di pagamento alla Regione con piano decennale e rate semestrali.

Va infine osservato che, sin dagli anni 2001 e 2002, diverse regioni, oltre Lazio, Campania, Molise, anche Liguria, Emilia Romagna, Toscana e 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.

A proposito delle descritte operazioni va osservato come la mancata individuazione di misure di carattere strutturale, intese a rendere coerenti i finanziamenti per la sanità e realistica la stima dei suoi costi, abbia contribuito ad aggravare le criticità del versante regionale specie per quelle regioni già afflitte da gravi situazioni di squilibrio, per fronteggiare le quali con i problemi legati al consistente disallineamento fra fabbisogno e flussi di cassa, si è inteso far fronte tramite il ricorso a operazioni innovative, divenute a volte percorso obbligato per mitigare gli effetti della crescita incontrollata dei debiti. In realtà, la crisi di liquidità, anche determinata dal reiterato slittamento nell'erogazione delle risorse dovute alle regioni¹³¹, (v. parag. 4), non poca parte ha avuto nel diffuso fenomeno dei ritardati pagamenti ai fornitori con aggravio dei costi per interessi di mora anche oltre il 9% e per aumento del contenzioso.

A riguardo, va intanto osservato come la complessità di tali operazioni, ma specialmente il rischio legato alla corretta qualificazione, sia stata tempestivamente rilevata dall'Istat che nel luglio 2006 ne fece oggetto di specifico quesito ad Eurostat per conoscere se i debiti di natura commerciale verso i fornitori di beni e servizi sanitari, una volta trasformati in obbligazioni di pagamento a medio o lungo termine verso altri e diversi soggetti implicassero l'insorgere di un debito di natura finanziaria con la conseguente applicazione della relativa disciplina e dei limiti fissati per ogni assunzione di nuovo debito.

Il 4 settembre 2006 Eurostat ha reso il parere con lettera trasmessa all'Istat. Vi si analizzano le operazioni di transazione intervenute fra gli enti sanitari e la regione Lazio con i fornitori. In estrema sintesi nel parere si afferma che seppure le regole SNA (*System of National Account*) “*sembrino prevedere esplicitamente la possibilità di crediti commerciali a lungo termine, questa non sembrerebbe essere l'interpretazione degli ESA (European Sistem of Accounts)*”¹³². Tale opinabilità è tuttavia resa più esaustiva in quanto ciò che viene rimarcato “*è la creazione di un'operazione nuova*” rispetto a quella esistente fra fornitori e aziende sanitarie

¹³¹ Nella ricostruzione della situazione finanziaria affrontata nel Piano di rientro del marzo 2007, la Campania ha definito in 6,9 miliardi il debito cumulato per la sanità a tutto il 31.12.2005, di cui 2,8 miliardi transatti e 4,1 ancora da ristrutturare. Di questi, 2,1 miliardi (cioè la metà) sono dovuti ai ritardi dei trasferimenti dallo Stato e per la restante parte a diseconomie realizzate in passato.

¹³² Sul sistema dei conti europei è strutturato il SEC 95 cui fa riferimento il sistema di contabilità nazionale.

e “forse non più collegata con i beni e servizi”. Si tratterebbe in realtà di “un accordo finanziario con il quale si concede un finanziamento a lungo termine ad un'altra entità e tale finanziamento a lungo termine deve essere classificato come prestito”.

Situazione certamente complessa, anche perché il parere reso da Eurostat non si è disposto in sicura coerenza con la disciplina nazionale la quale, all'art. 3, comma 17, finanziaria 2004 (l. 24.12.2003 n. 350), nell'estendere il concetto di indebitamento ad altre forme di nuova generazione, non sembrava ricomprendervi operazioni contrattuali come quelle descritte nei limiti in cui, a differenza di quelle vietate, esse non sembravano creare ulteriore liquidità e soprattutto non risultavano indirizzate a finanziare nuova spesa, ma piuttosto a ridurla in virtù della rinuncia, da parte dei creditori, agli interessi di mora e al contenzioso intentato.

Di questa contraddittoria situazione non ha mancato di prendere atto il legislatore nazionale che, con la finanziaria 2007, pur confermando come valide –e in certo senso sanando– le operazioni di ristrutturazione del debito commerciale deliberate prima del 4 settembre 2006 e completate entro il 31 marzo 2007, ha provveduto ad integrare le disposizioni recate al citato art. 3, comma 17, per far rientrare nelle operazioni di indebitamento anche quelle di cessione o cartolarizzazione dei crediti vantati da fornitori, per i cui pagamenti l'ente assuma, ancorché indirettamente, nuove obbligazioni, anche mediante la ristrutturazione dei piani di ammortamento.

Le indicate operazioni di cartolarizzazione e cessione di debiti sanitari, hanno in realtà risposto alla necessità impellente di evitare la crisi totale del servizio pubblico –il che ne giustifica la sanatoria accordata con la finanziaria 2007– con il rischio però di trasformarsi in strumenti alternativi all'insufficienza dei finanziamenti rispetto ai fabbisogni.

Resta poi l'effetto negativo di ingessare i bilanci futuri, con oneri che possono risultare non sostenibili nel medio termine e probabile effetto a cascata sulle gestioni a venire. Del resto questo è proprio il caso delle operazioni poste in essere dal Lazio, dall'Abruzzo, dal Molise, risultate in definitiva troppo onerose rispetto alle risorse regionali reperibili per darvi copertura e malgrado l'avvenuto innalzamento al massimo della fiscalità regionale. Ciò ha comportato –come si dirà– l'impegno con i Piani di rientro di procedere –d'intesa con il Ministero dell'economia– alla rinegoziazione di tali operazioni tramite il ritiro concordato con i sottoscrittori dei titoli emessi con l'obiettivo di un allungamento sino a trent'anni del periodo di ammortamento del debito e conseguente riduzione della quota annuale di rimborso per capitale e interessi.

Sono state perciò favorite ristrutturazioni a carattere trentennale che, se hanno contribuito ad abbassare l'esposizione regionale, hanno comportato tuttavia un allungamento del debito con l'effetto di ulteriore finanziamento in debito.

9 Le manovre di riequilibrio per l'accesso alle risorse integrative. I Piani di rientro delle Regioni in difficoltà e/o inadempienti agli obblighi di copertura dei disavanzi

A partire dalla finanziaria 2005 si accentuano gli interventi e gli adempimenti richiesti per evitare squilibri di gestione nella 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 (comma 174 e 175), in deroga alla sospensione disposta anche per il 2005 (comma 61); aumenti resi automatici e sino al livello massimo con la finanziaria 2006 (comma 277), nei confronti delle regioni in deficit sanitario ed anche oltre i limiti massimi con la finanziaria 2007 (comma 796).

Una tenaglia 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.

La centralizzazione dei controlli, unitamente allo stato di permanente monitoraggio, conseguenza di complesse minuziose verifiche, incontri, contestazioni, ripensamenti ha 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 difficoltà finanziaria riscontrabile nei conti della sanità, specie di quelle regioni che sono risultate inadempienti al tavolo di monitoraggio. Per queste, a 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 regioni inadempienti 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, poi rese automatiche dal comma 277 della finanziaria 2006.

In questo quadro, si collocano le iniziative assunte dalle regioni interessate dalla precedente bocciatura al Tavolo di verifica (verbale del 4 aprile 2007) specie da quelle con

disavanzi pari o superiori al 7% (Lazio, Campania, Liguria, Abruzzo, Molise, Sicilia), per tener dietro alle richieste avanzate dal Ministero dell'economia e alla conseguente diffida, notificata dal Presidente del Consiglio dei ministri a fine maggio 2006 (art 1, comma 174 della finanziaria 2005) e potersi garantire, per tramite del previsto affiancamento e dell'accordo di cui all'art. 8 dell'intesa di marzo 2005 e del 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.

Da dire che, con l'intesa espressa in Conferenza Stato-Regioni il 28 marzo 2006 e attuativa del citato comma 278 (finanz. 2006), per l'ammissione alle suddette risorse, la richiesta delle regioni va corredata da misure volte al riequilibrio del profilo erogativo dei livelli essenziali di assistenza in conformità al vigente PSN, nonché da misure di riequilibrio della gestione corrente per l'azzeramento del disavanzo entro il 2010. È previsto altresì l'impegno ad attivare il supporto tecnico di un *advisor*, indicato dal Ministero dell'economia, per l'esatta quantificazione del debito regionale mentre viene tassativamente escluso l'utilizzo di risorse correnti per la copertura dei debiti pregressi, compreso l'anno 2006. È poi la finanziaria 2007, con l'istituzione per il triennio 2007-2009 di un Fondo transitorio a favore delle regioni interessate da elevati disavanzi (v. a riguardo parag. 6), a disporre l'innalzamento automatico dell'addizionale Irpef e dell'aliquota Irap oltre il livello massimo previsto dalla legislazione vigente nel caso di mancato raggiungimento degli obiettivi intermedi fissati da Piano di rientro. A riguardo dei quali è prevista una calendarizzazione delle verifiche sul raggiungimento degli obiettivi articolata per trimestri e per annualità¹³³. Presso ciascuna regione è poi istituito un Nucleo di affiancamento con funzioni consultive e di supporto tecnico.

Le strategie adottate dalle regioni in difficoltà, con i Piani di rientro sanciti nei corrispondenti accordi, sono in estrema sintesi di seguito riportate con particolare riferimento agli aspetti finanziari di ricostruzione del passivo patrimoniale e delle misure di copertura individuate.

9.1 Segue: il Piano di rientro della Campania

La Campania, a seguito della diffida del Presidente del Consiglio in data 29 aprile 2006 (comma 174 legge 311/2004), 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 comma 278 della finanziaria 2006. Il 20 marzo 2007 la Giunta regionale ha approvato il Piano di rientro dal disavanzo con interventi e misure dirette a riportare il servizio sanitario regionale

¹³³ Il d.l. 20.3.2007 n. 23, con l'integrazione disposta in sede di conversione, ha previsto l'invio alla Corte dei conti dei Piani di rientro nell'ipotesi di mancato raggiungimento degli obiettivi intermedi riscontrato in sede di verifiche annuali.

in condizioni di equilibrio economico-finanziario entro l'anno 2010. L'accordo è stato siglato il 13 marzo successivo. Nel Piano di rientro si dà conto delle cause strutturali del disavanzo e delle misure 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.

La ricostruzione finanziaria di copertura del debito pregresso ivi compreso quello verso fornitori e cessionari, debito cumulato sino al 31 dicembre 2005, è stato valutato dalla Regione in circa 6.914 milioni di euro (punto 6. del Piano di rientro). Di tale somma 2.750 milioni sono oggetto di ristrutturazione tramite la soc. Soresa con accordo transattivo e successiva cartolarizzazione del credito ceduto nel rispetto di quanto disposto con la finanziaria 2007 (comma 739); l'operazione è stata poi aggiudicata il 1° aprile 2006. L'esposizione regionale per rimborso dei titoli viene coperta con l'incremento delle aliquote Irap e Irpef, per 170 milioni annui di euro. Agli ulteriori 4.164 milioni la regione conta di far fronte:

- i) con le rivendicate spettanze residue 2001-2005 ritenute pari a 2.570 milioni;
- ii) con i 100 milioni di ripiano disavanzi 2002-2004;
- iii) con 124 milioni di ripiano disavanzi Irccs e Policlinici, periodo 2001-2003;
- iv) 218 milioni con la fiscalità dell'anno 2006 per la copertura disavanzo 2005.

Il debito così rideterminato in 1.152 milioni viene ulteriormente coperto con risorse rinvenute dalla Regione a copertura del disavanzo 2005 per 200 milioni nonché al concorso statale al ripiano disavanzi 2005 e precedenti per circa 320 milioni .

Residua un debito di 630 milioni, a fronte del quale vi è l'impegno dello Stato per l'erogazione di una somma a titolo di prestito di pari ammontare, a fronte del quale è la garanzia della Regione al rimborso mediante versamento all'entrata del bilancio statale, a decorrere dal 2008, della somma di 38 milioni per trent'anni.

9.2 Segue: il Piano di rientro del Lazio

Il Piano di rientro della regione Lazio, è stato sottoscritto il 28 febbraio 2007 contestualmente all'accordo in pari data con i Ministeri di economia e salute. Va ricordato a riguardo come l'equilibrio finanziario della sanità regionale del Lazio è tutt'ora fortemente condizionato dal debito progressivamente accumulatosi. Nel Piano di rientro vengono indicate le principali cause di tale ingente squilibrio: disordine contabile e amministrativo delle aziende; forte dilatazione fra la gestione della competenza e della cassa; assenza di controlli ad ogni livello. Su tali inefficienze si sarebbe altresì innescato un vero e proprio sistema corruttivo, senza contare poi le operazioni di finanza "creativa" e di dilazione di pagamento dei fornitori di beni e servizi sanitari che, come detto nel Piano, hanno aggravato il sistema rinviando il momento di risanamento e favorendo la crescita dell'indebitamento.

La strategia seguita dalla regione 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 inappropriatazza nei ricoveri ospedalieri.

Il debito cumulato fino al 31 dicembre 2005 verso fornitori e cessionari è valutato dalla Regione in circa 9.900 milioni di euro. Di questi, 6.200 milioni sono stati oggetto di operazioni di ristrutturazione finanziaria il cui profilo di ammortamento, comprensivo di interessi, espone un importo complessivo pari a 7.500 milioni. Il restante debito (al netto di crediti esigibili) è valutato dalla regione in 3.700 euro. Rispetto alla predetta situazione debitoria la Regione ritiene di aver titolo per la percezione di diverse entrate (residui di finanziamenti, ripiani disavanzi, automatismo fiscale ecc.) per complessivi 4.700 milioni, di cui:

- a) 1.408 di spettanze residue ex d.lgs. 56/2000 (di cui 594 milioni erogati a fine 2006 e utilizzati per pagamenti di competenza 2006);
- b) ripiano disavanzi 2002-2004, 148 milioni;
- c) ripiano disavanzi IRCCS e Policlinici 2001-2003;
- d) somme da automatismo fiscale anno d'imposta 2006, 737 milioni, la cui erogazione avverrà presumibilmente nel 2008;

- e) incasso prezzo dell'operazione cartolarizzazione fondo immobiliare Gepra-Lazio, 25 milioni stimati;
- f) concorso statale a ripiano disavanzo 2005 e precedenti, circa 2.300 milioni.

L'importo di 4.700, da scontare in relazione alla estinzione della rata di ammortamento 2005 già erogata con risorse di competenza 2006 per 1.056 milioni, si riduce perciò a 3.644 milioni. Le residue risorse consentono di dare copertura all'onere 2007 per debito transatto (1.432 milioni) e a parte dei debiti non transatti (2.200 milioni) ma resta insostenibile per la Regione la gestione del debito con riferimento agli anni 2008 e seguenti, laddove l'importo delle rate di circa 770 milioni, nel 2008 e nel 2009, è ritenuto insostenibile per la Regione, tanto più per l'esigenza di dare soluzione ad ulteriori 1.500 milioni di debito non transatto. In tale quadro si colloca l'impegno della Stato ad attivare strumenti legislativi e amministrativi per consentire alla Regione grazie all'erogazione di un prestito statale di ammontare adeguato, il rimborso anticipato delle operazioni sino ad oggi assunte per la ristrutturazione del debito. A fronte di tale prestito, la Regione assume l'onere di rimborso in trent'anni e rata annuale di 310 milioni a decorrere dall'anno 2008. Tale operazione prevede una soluzione concordata con i creditori per il rimborso anticipato dei titoli obbligazionari emessi nel quadro delle operazioni di cartolarizzazione dei crediti sanitari (v. parag precedente). L'obiettivo è quello di una rinegoziazione delle precedenti operazioni per ottenere un servizio del debito maggiormente sostenibile nel tempo. Il prestito trentennale dello Stato dovrebbe cioè consentire di allungare le operazioni di rimborso con riduzione della rata annuale.

9.3 Segue: il Piano di rientro dell'Abruzzo

Il Piano di rientro della regione Abruzzo risale al 6 marzo 2007 e ha accompagnato l'accordo siglato in pari data. Si da atto dell'inadempimento riscontrato al Tavolo degli adempimenti per gli anni 2001-2004 cui è seguito l'innalzamento ai livelli massimi dell'addizionale regionale all'Irpef e la maggiorazione dell'aliquota dell'Irap ove poi l'accordo citato è ulteriore condizione per la riattribuzione alla Regione del maggiore finanziamento anche se in misura parziale e graduale subordinatamente all'effettiva attuazione del programma.

Il debito cumulato dell'Abruzzo a fine 2005 ascende al netto dei consolidamenti a 1.760 milioni di cui 909 sono stati oggetto di operazioni di cartolarizzazione (inclusi gli interessi 1.261 milioni). La restante parte di debito è pari a 851 milioni a fronte del quale, e delle rate annuali per ammortamento debito cartolarizzato, la Regione dichiara di avere titolo alle seguenti entrate:

- a) spettanze anni 2001-2005 ex d.lgs. 56/2000, 660 milioni;

- b) ripiano disavanzi 2002-2004, 33 milioni;
- c) automatismo fiscale, periodo di imposta 2006 da incassare nel 2008, 136 milioni;
- d) bollo auto, 10 milioni;
- e) concorso statale ripiano disavanzi 2005 e precedenti, 150 milioni.

Con l'accordo la Regione si è impegnata ad attuare misure di riequilibrio sia del profilo erogativo dei livelli essenziali di assistenza, sia di riequilibrio della gestione corrente per l'azzeramento del disavanzo entro il 2010, mentre ulteriore impegno è quello di provvedere alla quantificazione esatta e definitiva del debito regionale implementando corrette procedure contabili e gestionali anche con il supporto tecnico di un *advisor* indicato dal Ministero dell'economia. Particolare importanza riveste anche per l'Abruzzo l'impegno di attivare, con la consulenza tecnico-finanziaria dello Stato - e tramite avvalimento di una Banca scelta dal Ministero dell'economia con il ruolo di *advisor* - le procedure atte alla rinegoziazione nel 2007 del debito con conseguente allungamento degli impegni pluriennali derivanti dagli accordi transattivi sottoscritti al fine di ridurre per gli anni 2007, 2008 e 2009 la rata di ammortamento del debito dall'attuale livello di 98 milioni annui alla cifra stimata di 53 milioni. Una Banca indicata dal Ministero rivestirà il ruolo di *advisor* per le necessarie operazioni finalizzate all'allungamento dei titoli emessi dai veicoli di cartolarizzazione dei crediti sanitari.

Numerosi sono poi i provvedimenti di spesa e programmazione sanitaria da sottoporre a preventiva approvazione da parte dei Ministeri della salute e dell'economia.

9.4 Segue: il Piano di rientro del Molise

Analoghe condizioni e impegni si riscontrano nell'accordo fra i Ministeri della salute e dell'economia e la regione Molise siglato il 27 marzo 2007 per l'approvazione del piano di rientro. Va ricordato a riguardo (v. parag. 7) che al tavolo di verifica degli adempimenti la Regione è risultata inadempiente per gli anni 2001, 2002, 2004 e 2005 per cui è stato attivato l'innalzamento ai livelli massimi dell'addizionale regionale all'Irpef e della maggiorazione dell'aliquota dell'Irap.

Al pari di quanto riscontrato nei precedenti casi, con il citato accordo la regione Molise si è impegnata ad attuare misure di riequilibrio sia del profilo erogativo dei livelli essenziali di assistenza, sia della gestione corrente per l'azzeramento del disavanzo entro il 2010, mentre anche qui l'ulteriore impegno è quello di provvedere alla quantificazione esatta e definitiva del debito regionale implementando corrette procedure contabili e gestionali anche con il supporto tecnico di un *advisor* indicato dal Ministero dell'economia. Particolare importanza, come già osservato per le altre regioni selezionate, riveste l'impegno di attivare, con la consulenza

tecnico-finanziaria dello Stato, le procedure atte alla estinzione anticipata nel 2008 del debito contratto mediante sottoscrizione di atti transattivi e accettazione di delegazioni di pagamento sui debiti commerciali sanitari. Per assolvere a tali operazioni lo Stato si impegna a concedere un prestito commisurato su un livello di debito pari a 97 milioni di euro il cui rimborso avverrà tramite quote annuali per trenta anni di 6 milioni di euro. Anche per il Molise numerosi sono i provvedimenti di spesa e programmazione sanitaria da sottoporre a preventiva approvazione da parte dei Ministeri della salute e dell'economia.

9.5 Segue: il Piano di rientro della Liguria

In Liguria il Piano di rientro è stato approvato con l'accordo siglato il 6 marzo 2007. Tale accordo è stato poi approvato con delibera di Giunta 9 marzo 2007. Vi si dà atto del disavanzo superiore al limite del 7% e dell'esigenza di istituire per il disavanzo 2004 una copertura a carattere pluriennale derivante da specifiche entrate certe e vincolate ai sensi del comma 796 della legge 296/296 (finanziaria 2007).

Come già anticipato nella relazione di questa Corte dello scorso anno, la Giunta regionale con l'obiettivo di azzerare gli squilibri della sanità aveva preordinato alla fine del 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 anche per il disavanzo 2005 certificato in 252,7 milioni a causa di misure di coperture ritenute insufficienti. Ed invero, 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 2005,

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). è rimasto scoperto l'anno 2004 in ordine al quale è l'adozione del Piano di rientro ed è scattato in modo automatico l'innalzamento ai livelli massimi dell'addizionale Irpef e dell'aliquota Irap.

Con l'accordo, la Regione si è impegnata, al pari di quanto osservato per le altre regioni, a misure di riequilibrio del profilo erogativo dei livelli essenziali di assistenza nonché di riequilibrio della gestione corrente per l'azzeramento del deficit entro il 2010. All'ammortamento del debito cumulato sino al 31 dicembre 2005 vengono destinate le somme riferite a poste di bilancio relative agli anni 2005 e precedenti.

Nel Piano di rientro si da atto che il debito cumulato a fine 2005 risulta pari a 1.204 milioni di euro a fronte del quale tuttavia risultano 410 milioni di debiti per i quali esistono misure predisposte già dalla Regione con una corrispondente contropartita di crediti. A fronte del debito di 252 milioni per disavanzo 2005 le misure di copertura prevedono 120 milioni di dismissioni patrimoniali, 70 milioni per manovra su Irpef e 9,7 milioni su Irap, 53 milioni da bilancio regionale. Il Piano di rientro registra un credito di 327 milioni di euro rinveniente da erogazioni statali a valere per il periodo 2001-2005 che consentirebbero di coprire una corrispondente quota di debito. Resta una residua quota di debito di circa 211 milioni, pari al disavanzo 2004 rilevato al tavolo di verifica degli adempimenti che viene coperto dalla Regione tramite la deroga prevista dalla legge finanziaria 2007 con l'adozione di una misura pluriennale a valere su risorse certe con riferimento alla quale vi è l'impegno ad adottare le necessarie operazioni finanziarie.

Per quanto riguarda infine la **Sicilia**, altra regione in difficoltà, il Piano di rientro non risulta a tutt'oggi approvato essendo ancora in corso l'istruttoria sui disavanzi accertati e non coperti. Per il 2006 è stata nuovamente riscontrata una situazione di squilibrio e la Regione è stata diffidata con provvedimento del Presidente del Consiglio.

10 La spesa sanitaria per investimenti

10.1 Il programma generale

Nelle Relazioni precedenti è stato analizzato, dal suo avvio, con l'art. 20 della l. n. 67/88, e nei suoi ulteriori sviluppi, il Programma di investimenti nella sanità, articolato in due fasi, completato con successive disposizioni da programmi specifici integrativi del programma generale (lotta all'AIDS; cure palliative; professione intramuraria; radioterapia; grandi città). Rinviano a dette Relazioni, in questa sede si ricordano brevemente solo alcune informazioni generali prima di analizzare lo sviluppo del programma base, e di quelli specifici, nel corso del 2006.

La l. n. 67/88 aveva previsto lo stanziamento di 15.493 milioni di euro, portato, con successive integrazioni, a 17.575 milioni di euro, ed elevato a 20 miliardi dalla finanziaria 2007 (l. n. 296/06). Del Programma generale nel 1996 si è conclusa la 1^a fase con un impegno di 4.855 milioni di euro.

10.1.1 La seconda fase del programma

La programmazione negoziata

La 2^a fase è stata avviata con la Delibera CIPE n. 52/98, che ha ripartito 10.639 milioni di euro. Con una successiva Delibera CIPE n.53/98 sono stati approvati interventi per 1.291 milioni di euro, per completare le strutture già iniziate e per misure attinenti alla sicurezza. Come si è detto il Programma base è stato a più riprese integrato con programmi specifici. In particolare la l. finanziaria 2000 ha autorizzato la spesa aggiuntiva di 15,4 milioni di euro per potenziare le strutture di radioterapia. Questo stanziamento è stato ripartito con il DM del 28.12.2001. La successiva legge finanziaria (2001) ha stanziato 2.066 milioni di euro, di cui 826 per la liberaprofessione intramuraria; questo stanziamento è stato ripartito con il DM dell'8.6.2001, mentre la somma restante (1.240) è stata ripartita con Delibera CIPE del 2.8.2002.

Le novità di questa seconda fase, già richiamate nella precedente Relazione, si possono riassumere nelle diverse modalità di finanziamento e nelle diverse forme di intervento. Per il primo aspetto, va ricordato che non si è più operato con mutui, ma con rifinanziamenti annuali nella tabella D delle leggi finanziarie e con importi da iscrivere in bilancio nella tab. F, in relazione alle autorizzazioni previste da leggi di spesa. La nuova modalità di intervento è costituita dalla programmazione negoziata tra Ministero della Salute (d'ora in poi: MdS) e regioni (con il concerto del MEF e l'intesa nella Conferenza Stato-Regioni). Le autorizzazioni di spesa

sono decise in base agli sviluppi della programmazione, che costituisce l'elemento qualificante del Programma di investimenti in esame; essa si è realizzata attraverso Accordi di programma di cui all'art. 5bis del d.lgs. n. 502/92 e Accordi di programma quadro di cui all'art. 2 della legge n.662/96. Questo metodo di programmazione consente al Ministero e alle regioni di modulare gli interventi stabilendo nuove priorità in relazione alle nuove esigenze che si prospettano e agli aggiornamenti normativi intervenuti. Esso garantisce una concertazione istituzionale sia in ambito governativo attraverso il concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, sia nei confronti delle regioni con l'intesa nell'ambito della Conferenza Stato-Regioni.

Attraverso gli Accordi di programma il Ministero della Salute e le regioni concordano le priorità nel rispetto degli obiettivi fissati dal legislatore, modulando gli interventi in funzione dell'evoluzione normativa e delle intese tra Governo e Regioni¹³⁴.

In merito alle innovazioni normative vanno ricordate le disposizioni della finanziaria 2006 (l. n. 266/05), in particolare i commi 285 e 310-312 dell'articolo unico (già richiamate nella precedente Relazione), che tendono, da un lato, a razionalizzare gli interventi e, dall'altro, a stimolare le regioni, in ritardo nell'attuazione, a completare i loro programmi.

Il comma 285 poneva una limitazione alle regioni, che “nel completamento del proprio programma di investimenti” ai sensi della l. 67/88, dovevano destinare le loro risorse residue, relative ad interventi su presidi ospedalieri, solo per quelli “comprensivi di degenze per acuti con un numero di posti letto non inferiore a 250” o, in quelli destinati a lungodegenza e riabilitazione, con non meno di 120 posti letto. Le risorse residue dovevano anche essere destinate agli interventi “necessari al rispetto dei requisiti minimi strutturali e tecnologici dei presidi attivi avviati alla data del 31.12 2005”.¹³⁵

I commi 310-312, nella stessa ottica di razionalizzazione introducono misure penalizzanti nei confronti delle regioni in ritardo nell'attuazione degli interventi. Il comma 310 prevede, infatti, decorsi 18 mesi dalla sottoscrizione, la risoluzione degli Accordi di programma sottoscritti dalle regioni, sia pure limitatamente alla parte riguardante gli interventi, per i quali la relativa richiesta di ammissione al finanziamento non risulti presentata al Ministero della Salute, con la conseguenza della revoca dei corrispondenti impegni di spesa. La stessa procedura di

¹³⁴ Il quadro normativo al quale devono far riferimento i programmi è costituito, oltre che dalla l. 67/88 (art.20) e dai vari atti di applicazione precedentemente citati (Decreti ministeriali, Delibere CIPE), dai Piani sanitari azionali e regionali, dalle leggi finanziarie, dalla lettera circolare del MdS del 18.6.1997 per l'avvio della seconda fase, dal DPR del 14.1.1997, nonché dalle Intese Governo-Regioni del 23.3.2005, 28.3.2006 e del 5.10.2006.

¹³⁵ Una lettera circolare del Ministero della salute inviata agli assessori regionali alla sanità aveva chiarito che possono essere ammessi al finanziamento anche gli interventi relativi a presidi con un numero inferiore di posti letto, purché risulti che a seguito della realizzazione degli interventi i presidi avranno in esercizio il numero di posti letto prescritto (250 e 120). Come si è già rilevato in altra parte di questa Relazione, la Sentenza della Corte costituzionale n. 105 del 2007 ha dichiarato la illegittimità costituzionale di questo comma, perché impone “un vincolo di destinazione sull'intero ammontare delle risorse residue, che non lascia alle Regioni alcun margine di autonomia”.

revoca si applica alla parte degli interventi, per i quali la domanda -pur presentata- sia stata valutata non ammissibile, o per quelli ammessi, ma per i quali entro 9 mesi dalla comunicazione alla Regione, gli enti attuatori non abbiano proceduto all'aggiudicazione dei lavori (salvo proroga autorizzata dal Ministero). Quasi a correttivo di questo rigore e, soprattutto, per evitare la dispersione di risorse e perseguire l'obiettivo della piena realizzazione del Programma di edilizia sanitaria, il comma 311 prevedeva¹³⁶ -sia pure "nel rispetto delle quote già assegnate alle singole regioni" nel programma di cui all'art.20 della legge n. 67/88- l'utilizzazione delle risorse resesi disponibili, a seguito delle procedure prima illustrate, per la sottoscrizione di nuovi accordi di programma e per interventi di varia natura (finanziamento delle strutture per l'attività liberoprofessionale intramuraria, per la radioterapia etc.). Dopo la dichiarazione di incostituzionalità questi altri interventi sono esclusi dall'applicabilità di questa norma. Il comma 312 contiene un'attenuazione, perché prevede, in una fase di prima attuazione, che la citata revoca sia limitata al 65% delle risorse revocabili¹³⁷. Come la Corte ha già avuto modo di osservare, questa normativa costituisce un richiamo per tutti i soggetti pubblici alla tempestiva realizzazione di opere di rilevante interesse per la collettività.

L'attività del Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici e dell'Osservatorio degli investimenti pubblici in sanità, nel 2006

Un importante contributo nello svolgimento del Programma di investimenti nella sanità è offerto da due strutture: il *Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici*¹³⁸ del Ministero della Salute -al quale si è già fatto cenno nella Relazione precedente- che ha continuato a svolgere anche nel 2006 la sua funzione di monitoraggio e di consulenza¹³⁹ e

¹³⁶ La citata Sentenza della Corte costituzionale n. 105 del 2007 ha dichiarato la illegittimità costituzionale del comma 311, nella parte in cui pone un limite all'autonomia finanziaria delle regioni, perché "vincola, unilateralmente e per finalità specifiche e dettagliate, la destinazione di fondi in una materia di competenza concorrente".

¹³⁷ Per dare attuazione alle norme esaminate il Ministro della Salute, di concerto con il MEF, ha emanato il 12.5.2006 un Decreto, con il quale sono individuate (a seguito della risoluzione degli Accordi di programma e della conseguente revoca degli impegni di spesa) le risorse resesi disponibili per le finalità indicate dal comma 311 (strutture per attività liberoprofessionale etc.). Il DM contiene in allegato l'elenco dei finanziamenti soggetti a revoca, le quote dei finanziamenti per i quali le Regioni possono chiedere di escluderle dalla risoluzione degli Accordi e dalla revoca (queste risorse sono pari al 35% di quelle revocabili). L'importo di queste quote è di 461,8 milioni di euro.

¹³⁸ Il *Nucleo* è stato istituito presso il MdS in attuazione della legge 144/99 (art.1) nell'ambito della più generale strategia di sviluppo degli investimenti anche in ossequio alle indicazioni del Consiglio europeo di Lisbona del marzo 2000. Il *Nucleo* è stato istituito con il Decreto del MdS del 27.9.2000 e la sua disciplina è stata completata con i successivi DM del 12.12.2003, del 23.7.2004 (già citato nel testo) e del 25.11.2005. Questo organismo collabora con le Regioni nelle varie fasi della programmazione, della valutazione, dell'attuazione e della verifica dei programmi di investimento edilizio e tecnologico nella sanità, nel rispetto delle linee fornite dalla programmazione sanitaria sia nazionale che regionale. Particolarmente importante la sua attività di supporto alle regioni in difficoltà nell'attuazione dei programmi di investimento -sia generali che specifici (AIDS, Hospice etc.)- ciò anche al fine dichiarato di incrementare le capacità amministrative e tecniche delle regioni e di ridurre ed eliminare il divario esistente tra le stesse.

¹³⁹ Quest'ultima funzione si è accresciuta a seguito dell'emanazione del Decreto del Ministro della Salute del 23.7.2004, che gli ha conferito il parere obbligatorio in varie fattispecie. In particolare il *Nucleo* deve esprimere il suo parere: sugli Accordi di programma con le Regioni ex art. 20 della l. n. 67/88; sui documenti di riprogrammazione degli interventi; sui programmi

l'Osservatorio degli investimenti pubblici in sanità. Quest'ultimo, che costituisce uno degli 8 obiettivi strategici del "Nuovo sistema informativo sanitario" (NSIS), si affianca all'opera svolta dal *Nucleo*, con il compito di favorire il processo di regionalizzazione e la collaborazione tra i vari soggetti del sistema sanitario attraverso un meccanismo di monitoraggio basato su un metodo condiviso sia dalle regioni che dal Governo (Ministero della Salute).

Nel 2006 il *Nucleo* ha proseguito la sua attività di supporto tecnico alla programmazione di valutazione dei documenti programmatici predisposti dalle regioni per la sottoscrizione e la rimodulazione di Accordi di programma e di verifica degli stessi, formulando il suo parere, ai sensi del disposto del DM del 23.7.2004¹⁴⁰. In attuazione dei DM dell'8 e 16.5.2006 il *Nucleo* ha espresso il suo parere sui progetti presentati dai vari enti (cd. "Ospedali classificati"; IRCCS; IZS; ISS)¹⁴¹. Nel corso dell'anno in esame il *Nucleo* ha perfezionato la scheda di valutazione delle proposte di Accordo, che consente la raccolta standardizzata delle informazioni utili nella valutazione delle proposte stesse ed ha svolto la sua funzione di assistenza tecnica, in particolare in materia di finanza di progetto, che costituisce un importante strumento di partenariato pubblico-privato per accrescere le possibilità di finanziamento degli investimenti nella sanità.¹⁴² Esperti del *Nucleo* partecipano al Gruppo tecnico costituito in attuazione del Protocollo d'intesa tra MdS e Autorità per la vigilanza sui lavori pubblici. Il *Nucleo* collabora con le strutture del MdS per la promozione e realizzazione di progetti finanziati dall'Unione europea.

L'Osservatorio degli investimenti pubblici in sanità, nella sua attività istituzionale di supporto al processo di regionalizzazione, ha dato un importante contributo nella raccolta dei dati sugli investimenti nella sanità e nella loro trasmissione per via telematica. In tale ottica nei mesi di novembre e dicembre 2006 è stata esaminata presso la segreteria della Conferenza Stato-Regioni una proposta d'Accordo Stato-Regioni per la semplificazione delle procedure, anche ai fini di una migliore registrazione e trasmissione telematica dei dati.

relativi agli IRCCS ed enti similari; sulla realizzazione di nuovi ospedali e sui progetti di ristrutturazione che superino il tetto di spesa di 40 milioni di euro. In proposito, per migliorare l'attività di programmazione il *Nucleo* ha predisposto una "griglia" di punti per una valutazione *ex ante*.

¹⁴⁰ Il *Nucleo* ha espresso il suo parere sull'Accordo di programma integrativo delle Regioni Lombardia ed Abruzzo; sulla rimodulazione degli Accordi delle regioni Sicilia ed Abruzzo e sul progetto "Realizzazione del nuovo ospedale del mare di Napoli" nell'ambito dell'accordo di programma con la regione Campania.

¹⁴¹ In particolare sui progetti presentati da: gli Istituti ortopedici "Rizzoli"; l'Istituto Nazionale per le malattie infettive "Spallanzani" di Roma; l'Istituto oncologico di Bari e l'Istituto Nazionale Tumori "Pascale" di Napoli.

¹⁴² Il *Nucleo* nel corso del 2006 ha partecipato al tavolo tecnico "finanza di progetto" per la definizione di una bozza di Convenzione per la concessione e gestione di strutture sanitarie.