

Alla prima funzione risultano complessivamente assegnate risorse per 65.984,4 mld con pari massa impegnabile; gli impegni totali raggiungono il 100%, mentre su un totale di 76.431, 4 mld di massa spendibile, con 64.062,8 mld di autorizzazioni di cassa, i pagamenti totali ammontano a 58.907,4 mld (92% delle autorizzazioni di cassa). Alla funzione concorrono sia le risorse del fondo sanitario nazionale di parte corrente (53.190 mld sul capitolo 3700) che quelle di parte capitale (250 mld sul capitolo 9100), entrambe allocate nello stato di previsione del Ministero del tesoro, bilancio e p.e.<sup>28</sup>.

Va ricordato che nella legge finanziaria per il 2000, l'art. 30, comma 18, indicava espressamente in circa 117.000 mld l'ammontare dell'importo massimo della spesa per il finanziamento di parte corrente del servizio sanitario nazionale; tali risorse sono state ripartite dal CIPE, con delibera n. 53 del 25 maggio 2000, tra le Regioni e Province Autonome<sup>29</sup>. Il suddetto importo è stato incrementato, nell'accordo intervenuto nella sede della conferenza stato-regioni del 3 agosto 2000, di 6.860 mld, con un ammontare complessivo di risorse finanziarie da destinare al Servizio sanitario nazionale per il 2000 pari a circa 124.000 mld<sup>30</sup>. Nonostante tale incremento, emerge un sensibile squilibrio, tra spese e finanziamenti complessivi di parte corrente, confermando le preoccupazioni sull'andamento delle principali voci di spesa<sup>31</sup>, oggetto di particolare attenzione anche in sede di Conferenza Stato - Regioni del 22 marzo 2001.

<sup>28</sup> Si ricorda, al riguardo che, nella complessa articolazione delle risorse pubbliche destinate alla sanità, il FSN di parte corrente rappresenta una integrazione dello Stato alle risorse proprie delle Regioni ed in primo luogo appunto, dei contributi sanitari (che, come è noto, prima della riforma del 1992 affluivano ad apposito capitolo dello stato di previsione dell'entrata e che a partire dal 1998 sono stati ricompresi nell'IRAP, per effetto dell'art. 36 d.lgs. n. 446/1997). Vengono ricomprese nella funzione le risorse pari a 12.544 mld, di cui al capitolo 3701, destinate al finanziamento del FSN in relazione alle minori entrate dell'IRAP. Va altresì segnalato che i principali canali di finanziamento delle spese per investimenti del SSN sono rappresentati dai fondi stanziati dall'art. 20 della legge n. 67/88, e dalla legge n. 135/90, di cui si riferisce al par.3, mentre un ruolo di gran lunga minore è rivestito dal FSN in conto capitale. Vedasi par. 3.3.3.

<sup>29</sup> Con delibera del 25 maggio 2000, il CIPE ha ripartito 117.129 mld; la stessa delibera ha assegnato 190 mld alla Croce Rossa Italiana - per la quale il Ministero della Sanità dovrà porre in essere un'attenta azione di verifica sulla situazione economico finanziaria, acquisendo uno specifico piano di risanamento finanziario; 220,294 mld all'Ospedale Bambin Gesù; 200 mld agli Istituti Zooprofilattici Sperimentali.

<sup>30</sup> È intervenuta la legge 23 ottobre 2000, n. 317, concernente disposizioni per l'assestamento del bilancio dello Stato per l'anno finanziario 2000, la quale ha incrementato - in applicazione del citato accordo - il Fondo sanitario nazionale 2000 (cap. 3700 - iscritto nello stato di previsione del Ministero del tesoro del bilancio e della programmazione economica). Con delibera 1 dicembre 2000, il CIPE ha ripartito secondo i medesimi criteri adottati nella delibera n. 53 del 25 maggio 2000 le maggiori disponibilità di 6.860 mld assegnando alle Regioni l'importo di 6.337 mld. Una quota di 523 mld di lire è stata finalizzata: 190 mld sono state destinate ad integrazione del finanziamento dei progetti speciali per il raggiungimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale a norma dell'art.1, commi 34 e 34 bis, della legge 662/96, utilizzando quale indice di base la quota capitaria; una ulteriore quota di 333 mld di lire è stata destinata in favore delle regioni Campania, Puglia e Calabria a titolo di riequilibrio.

<sup>31</sup> In base alla relazione trimestrale di cassa per il 2000, che opera stime costruite sui dati trasmessi dal 197 Asl e 99 aziende ospedaliere e sui flussi di tesoreria, si registra un incremento del 10,9 % dei trasferimenti dalle Regioni

Come ampiamente evidenziato nel referto recentemente reso alla Sezione Autonomie<sup>32</sup>, pur nella mancanza di dati definiti, le prime stime evidenziano un tasso di crescita che, rilevabile nella relazione di cassa al 6,2% per il 2001 a fronte di una media del 6,4% del quadriennio 1996-1999, verrebbe peraltro ad attestarsi, su valori maggiori in base alle prime indicazioni di preconsuntivo pervenute da fonti regionali, comportando un accentuarsi dello squilibrio relativo all'esercizio trascorso e che si ripropone anche nelle prospettive per il 2001, sulle cui gestioni graverà l'impatto del rinnovo dei contratti collettivi del personale dirigenziale, nonché gli effetti dell'abolizione dei ticket farmaceutici<sup>33</sup>. Alla luce della già critica situazione finanziaria del settore appare fondamentale la soluzione di un problema già esposto dalla Corte in ordine alla tempestiva conoscenza dei dati (da trasmettere poi al livello centrale), nonché al concreto esercizio del monitoraggio e alla attivazione di eventuali necessari correttivi, specificamente sul versante della spesa farmaceutica (attraverso l'Osservatorio nazionale sull'impiego dei medicinali, istituito con compiti di raccolta, monitoraggio e analisi dei dati sui consumi, le modalità di impiego e la spesa per la totalità dei farmaci, inclusi quelli non a carico del SSN).

In relazione agli altri più incisivi fattori produttivi della spesa del SSN, va menzionata quella per acquisto di beni e servizi<sup>34</sup> (il cui ridimensionamento era stato come è noto, oggetto di precedenti leggi finanziarie); al riguardo la legge n. 388/2000 prevede (art. 59) meccanismi di aggregazione, promossi dal Ministero del tesoro,

---

rispetto all'anno precedente. Il "conto consolidato di cassa sanitario", che peraltro include diverse poste contabili, quali le somme per ripiano disavanzi pregressi, espone per il 2000 incassi correnti pari a 136.880 mld (+11,6% rispetto all'anno precedente) e 137.361 mld (+11,3 % rispetto all'anno precedente) di pagamenti correnti. I maggiori incrementi si registrano nella spesa per il personale anche per l'impatto dei rinnovi contrattuali (+8,3%), in quella farmaceutica, in quella per acquisto di beni e servizi (+12,9%), che risente notevolmente dei riflessi di fornitura con altre aziende del settore, nonostante minori oneri per la liquidazione di debiti pregressi (da 2.781 mld del 1999 a 1.185 mld nel 2000).

<sup>32</sup> Del. n. 4/2001 del 13 giugno 2001.

<sup>33</sup> Si osserva che in base all'art. 84 nella legge finanziaria 2001 le risorse disponibili per il servizio sanitario nazionale sono aumentate di 1.900 mld per il 2001, 1.875 mld per il 2002, 2.375 mld per il 2003 e di 2.165 mld a decorrere dal 2004, a fronte di una crescita che si manifesta di dimensioni ben più consistenti. La stessa legge finanziaria (art. 85) prevede una rideterminazione delle previsioni programmatiche per gli anni 2002 e sgg da raggiungere anche attraverso comportamenti prescrittivi degli operatori, nonché una politica dei prezzi dei farmaci e delle prestazioni convenzionate. Dalle misure di razionalizzazione previste avrebbe dovuto essere compensata (vedasi relazione illustrativa al d.d.l.) anche la non quantificata riduzione di gettito conseguente alla abrogazione (art. 85 comma 31) delle disposizioni previste dalle precedenti leggi finanziarie, che ponevano a carico delle industrie produttrici, dei grossisti, e dei farmacisti un contributo pari al 60% dell'eccedenza della spesa farmaceutica rispetto ai tetti prefissati.

<sup>34</sup> In un settore di tale consistenza quantitativa e di non agevole comprimibilità si innestano le innovazioni conseguenti all'ulteriore processo di aziendalizzazione previsto dalla riforma ter, che consente esplicitamente (art 3, c.1 d.lgs. n. 229/99) il ricorso a strumenti privatistici, nei casi di forniture di beni e servizi per valori inferiori a quello stabilito dalla normativa comunitaria.

bilancio e p.e., tra aziende sanitarie e ed ospedaliere appartenenti a regioni diverse, indicate dalla Conferenza Stato-regioni al fine “di realizzare l’acquisizione di beni e servizi alle migliori condizioni del mercato”.

Va tenuto presente che, in base all’art. 39, 2° comma del d.lgs. n. 446/1997, la disponibilità di cassa è assicurata alle regioni, attraverso anticipazioni mensili da parte del Ministero del tesoro per importi pari ad un dodicesimo del complessivo gettito presunto dell’IRAP e dell’integrazione statale; peraltro in base all’art. 1, comma 4 quater del citato d.lgs. n. 446/1997, le anticipazioni di cui all’art. 13, comma 6 del d.lgs. n. 56/2000 possono essere concesse dal Ministero del tesoro, bilancio e p.e. limitatamente al primo semestre di ciascun anno<sup>35</sup>. E’ da registrare il recente provvedimento ministeriale (circolare 13 febbraio 2001 n. 8<sup>36</sup>), con il quale è stato definito il nuovo sistema di pagamenti delle amministrazioni statali nei confronti delle regioni, rendendo più snello anche il flusso di pagamenti nei confronti delle aziende sanitarie.

Permane dunque una dinamica della spesa notevolmente superiore agli sforzi di adeguamento del quadro previsionale, e che conferma negativamente un fenomeno che continua a rivestire preoccupante consistenza. Nel rinviare per una più approfondita valutazione delle accennate problematiche, al citato referto sulla finanza regionale di recente reso dalla Sezione Autonomie<sup>37</sup>, deve richiamarsi dunque ancora maggiore attenzione, oltre che alla coerenza del quadro previsionale, alla soluzione del più volte evidenziato problema di una adeguata quantificazione dei livelli di assistenza, di una conseguente verifica degli aspetti qualitativi della spesa nelle diverse realtà, anche attraverso il compiuto dispiegarsi del sistema dei controlli, in coerenza alla adozione di nuove metodologie e strumenti gestionali, introdotti dalla recente normativa e che sollecitano indirizzi attuativi e concreta operatività.

### *3.2 Le problematiche aperte.*

Come è noto, la dinamica della spesa sanitaria si inquadra nella complessa attuazione del federalismo fiscale disegnato dal d.lgs. n. 56/2000, attuativo dell’articolo 10 della legge delega n. 133/1999, raccordato alla riforma dell’organizzazione del

<sup>35</sup> La relazione trimestrale di cassa sottolinea la contrazione delle contabilità speciali di tesoreria i cui trend sono dettagliatamente esaminati nel referto della Sezione autonomie n. 4/2001.

<sup>36</sup> In G.U. 19 febbraio 2001, n. 41.

Servizio sanitario nazionale dall'articolo 19-ter del d.lgs. n. 229/1999, volto ad un finanziamento dell'assistenza sanitaria nelle regioni a statuto ordinario fondato sulla finanza regionale, con la abolizione dei trasferimenti erariali in favore delle regioni a statuto ordinario, incluso il Fondo sanitario nazionale (FSN), di parte corrente e in conto capitale<sup>38</sup>, compensata sia da nuove compartecipazioni al gettito dell'I.V.A. ed alle accise sulla benzina, sia dall'aumento dell'aliquota di base dell'addizionale regionale all'IRPEF<sup>39</sup>.

Il sistema prevede un complesso meccanismo perequativo - basato su trasferimenti interregionali derivanti dalla compartecipazione al gettito dell'I.V.A. - finalizzato a garantire, tra l'altro, il finanziamento dei livelli uniformi di assistenza sulla base della quota capitaria definita dal Piano sanitario nazionale (PSN), corretta per tenere conto delle differenze di fabbisogno sanitario a livello regionale in modo da garantire i livelli uniformi di assistenza. Tale obiettivo va raggiunto attraverso apposite convenzioni da stipularsi tra le regioni ed il Ministero della sanità per l'attuazione di programmi operativi di riorganizzazione, riqualificazione o potenziamento dei servizi sanitari regionali, nella ottica che connota i rapporti e le modalità "concertate" delle misure legislative e programmatiche nei settori a più elevata incidenza sociale e finanziaria<sup>40</sup>.

Nell'indicato contesto evolutivo ulteriore spessore riveste la problematica relativa alla definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza, già da tempo segnalata dalla Corte come di valenza non solo sociale ed etica, ma di decisivo impatto sugli equilibri strutturali e territoriali, oltre che finanziari. Il raccordo dei livelli essenziali e uniformi di assistenza è sia nei confronti delle indicazioni del Piano sanitario

<sup>37</sup>Delibera n. 4/2001 del 13 giugno 2001.

<sup>38</sup> Sono esclusi dalla nuova disciplina i finanziamenti per finalità e programmi specifici (ricerca sanitaria; progetti regionali per il perseguimento di obiettivi prioritari del Piano sanitario nazionale; accordi internazionali).

<sup>39</sup> Al riguardo va ricordato che, in base al comma 1 dell'art. 83 della legge finanziaria, che riprende l' accordo intervenuto nella sede della conferenza stato-regioni del 3 agosto (punto B4), viene rimosso, per la finanza regionale a partire dal 1° gennaio 2001 il vincolo di destinazione delle risorse (art. 8, c. 1, d.lgs. 56), impegnandosi peraltro ciascuna Regione a destinare al finanziamento della spesa sanitaria regionale "risorse non inferiori alle quote che risultano dal riparto delle risorse destinate al finanziamento della spesa sanitaria

<sup>40</sup> In base al comma 8 dell'art. 83 della legge finanziaria 2001 viene soppresso il secondo periodo del comma 14 dell'art. 28 della legge 448/1998, che disponeva penalizzazioni o interventi sostitutivi in caso di mancata attuazione degli accordi ovvero di permanenza di situazioni deficitarie.

nazionale<sup>41</sup> che delle compatibilità finanziarie definite per l'intero sistema di finanza pubblica nel Documento di programmazione economico-finanziaria" (art. 1, comma 3, d.lgs. n. 229/1999)<sup>42</sup>.

La consapevolezza della centralità del tema è testimoniata dal già citato accordo del 3 agosto 2000 (punto B 6). Un esplicito richiamo alla soluzione di tale problema si rinviene nel d.l. n. 17/2001 convertito nella legge n. 129/2001, che affida (art. 2) all'Agenzia per i Servizi sanitari regionali i compiti di supporto al ministero ed agli organi di governo per la definizione dei livelli essenziali, cui appare preordinata la previsione di un aumento di organico e di una revisione del relativo regolamento di organizzazione di funzionamento.

Sede opportuna per una più puntuale chiarificazione anche concettuale, oltre che della portata finanziaria, dei livelli essenziali di assistenza, va ritrovata anche nel Piano sanitario nazionale 2001-2003; una espressa richiesta in tal senso, con la fissazione di una data per provvedervi, è stata fatta dalla Commissione affari sociali della Camera, nella seduta del 22 marzo scorso, nella quale è stato dato parere favorevole al provvedimento, esprimendo peraltro la necessità di precisarne meglio i contenuti programmatici.

Nella fase di avvio dei nuovi meccanismi fiscali, assume ancora maggiore significatività la coerenza del quadro previsionale: la Corte ha da sempre sottolineato l'esigenza prioritaria di dare definitiva soluzione alla gravosa situazione dei disavanzi pregressi, conseguente ai reiterati squilibri già registrati nei precedenti esercizi,

<sup>41</sup> I livelli essenziali di assistenza - comprendenti le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni relativi alle aree di offerta indicate dal PSN - sono riferiti all'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro; all'assistenza distrettuale, all'assistenza ospedaliera.

<sup>42</sup> Si ricorda che già nel D.P.E.F. 1998 il Governo si mostrava consapevole della necessità di una verifica dei livelli di assistenza, da compiere attraverso gli strumenti della programmazione sanitaria nazionale, "individuando soglie essenziali, appropriate ed efficaci di assistenza, rispetto alle quali concentrare la garanzia di risposta uniforme sull'intero territorio nazionale", nell'intento di assicurare uniformità effettiva alla copertura assistenziale della popolazione nelle diverse realtà locali per ragioni di equità sociale, pur in presenza di vincoli finanziari, agendo contemporaneamente sulla domanda, sull'offerta e sui sistemi di finanziamento. Era a ciò funzionale l'attività del "nucleo tecnico di verifica per il monitoraggio dei livelli di assistenza sanitaria fissati dal PSN 1994-1996", invitato, nella delibera CIPE 5 agosto 1998, di riparto del FSN 1998, alla rapida conclusione dei lavori "per consentire la tempestiva definizione dei criteri previsti dalla legge e la loro applicazione alla proposta di ripartizione del FSN sin dal prossimo anno". Va ricordato, quanto al finanziamento dei livelli di assistenza "essenziali" ed "appropriati", che in base al PSN 1998-2000, la quota capitaria, "esplicita il valore pro-capite medio nazionale per assicurare la copertura finanziaria dei livelli di assistenza essenziali", anche se non costituisce l'equivalente finanziario dei servizi e delle prestazioni da assicurare ad ogni cittadino; lo stesso PSN la determinava per il 1998 in lire 1.795.305, da incrementare del 3% per gli esercizi successivi (1.849.165 lire per il 1999 e lire 1.904.640 per il 2000).

coinvolgente il complessivo quadro dei rapporti e delle responsabilità finanziarie tra Stato e Regioni<sup>43</sup>.

Al fine di provvedere al riparo dei residui disavanzi al 31 dicembre 1994 ed al periodo 1994-1999, in conformità agli accordi assunti nella sede della Conferenza Stato-Regioni<sup>44</sup> è intervenuto il d.l. n. 17/2001 convertito nella legge n. 129/2001, con la autorizzazione all'acconto di 7.000 mld, subordinando il saldo sul totale dei 16.000 mld previsti alla assunzione effettiva del residuo da parte delle Regioni<sup>45</sup>. Sotto il profilo istituzionale va segnalata la disposizione contenuta nella l. finanziaria 2000 (art. 83), che riprende l' accordo intervenuto nella sede della conferenza stato-regioni del 3 agosto 1999, prevedendo che, a partire dal 2001, le Regioni si impegnino a far fronte alla copertura di eventuali disavanzi di gestione rispetto alla quantificazione "convenuta" attivando nella misura massima l'autonomia impositiva con procedure e modalità coinvolgenti anche i livelli di Governo centrale, da deliberare entro il 31 ottobre di ciascun anno. Di rilievo è l'espressa previsione di uno specifico termine (30 giugno) per l'accertamento di eventuali disavanzi.

Peraltro va segnalato che nella recente adunanza della Conferenza Stato-Regioni del 22 marzo 2001, la preoccupazione di una non controllabile dinamica della spesa sanitaria ha portato alla sottoscrizione di un nuovo accordo tra le Regioni ed i Ministeri del tesoro bilancio e p.e. e sanità, per la attivazione, con il supporto dell'ASSR, di un congiunto "tavolo di monitoraggio" per sottoporre a verifica l'evoluzione della spesa soprattutto nei settori della spesa farmaceutica e specialistica convenzionata; della spesa per i contratti e le convenzioni; di quelle per l'esclusività di rapporto per gli ospedali classificati religiosi, gli IRCCS., la componente universitaria delle aziende miste e dei

<sup>43</sup> Sintomatica di tale gravità, anche in termini di impatto finanziario sul ciclo di esercizi futuri, come evidenziato più volte con preoccupazione dalla Corte, è la funzione indicata come *finanziamento della spesa sanitaria* dei disavanzi e delle maggiori occorrenze, per la quale risultano 8.621,6 di stanziamenti, con impegni per 7.151,6 mld; sul fronte della gestione di cassa, su una massa spendibile di 14.110 mld (con autorizzazioni di cassa per 13.684 mld) sono stati effettuati 9.584 mld di pagamenti totali (68% della massa spendibile).

<sup>44</sup> La legge finanziaria per il 2001 individua in tab. A 16.000 mld (di cui 13.000 già previsti dalla finanziaria per il 2000, ai quali si aggiungono altri 3.000, con una modulazione di 7.000 mld per il 2001, 6.000 mld per il 2002 e 3.000 per il 2003).

<sup>45</sup> La norma prevede (comma 2 art. 1) che con decreto del Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, di concerto con il Ministro della sanità, da emanare entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione, d'intesa con la Conferenza conferenza stato-regioni, sono stabiliti l'importo del disavanzo residuo, per ciascuna regione, alla data del 31 dicembre 1994 e l'importo a carico dello Stato; le modalità di individuazione del disavanzo relativo al periodo 1995-1999, l'importo a carico dello Stato e le modalità di ripartizione dello stesso tra le regioni; le modalità di erogazione dell'importo a carico dello Stato; le modalità di finanziamento del residuo disavanzo.

policlinici; le spese sanitarie a rilevanza sociale. A tale verifica sono subordinate le modalità di copertura degli eventuali maggiori oneri emergenti. Nello stesso accordo è stato attivato un tavolo congiunto per associare ai diversi livelli di prestazioni sanitarie i relativi costi, così come da tempo sollecitato anche dalla Corte.

Da segnalare la esplicita previsione contenuta nell'art. 1, commi 4 bis e 4 ter della citata legge n. 127/2001, in base a cui le regioni e p.a. sono tenute a trasmettere trimestralmente al ministero della sanità i dati relativi ai costi ed ai ricavi aziendali, rilevati attraverso un apposito modello con evidenziazione delle poste relative alle valutazioni di fine esercizio. Uno schema siffatto è stato tempestivamente predisposto dall'amministrazione, con riferimento al conto economico delle aziende asl ed ospedaliere, modificando quello già approvato con d.m. 16 febbraio 2001<sup>46</sup>. Ai fini della verifica degli effettivi andamenti della spesa sanitaria, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, nel trasmettere al Ministero della sanità i dati relativi ai costi aziendali, evidenziano separatamente le poste relative alle valutazioni di fine esercizio<sup>47</sup>. Nella stessa linea si pone il d.m. 31 febbraio 2001 (quest'ultimo relativo allo specifico monitoraggio degli indicatori clinici dei medicinali erogati dal SSN ai sensi della legge n. 648/1996<sup>48</sup>).

Le essenziali funzioni di conoscenza e riaggregazione dei dati, premessa per una valutazione comparata delle diverse realtà gestionali e dei modelli operativi e di una azione di sostegno, supporto al riallineamento con i valori di riferimento individuati a livello centrale, così come di indicazione degli indirizzi e delle linee programmatiche di settore - da tempo indicate dalla Corte come qualificanti le strutture centrali, da espletarsi con il concorso dell'Agenzia per i Servizi sanitari regionali e della Conferenza Stato-regioni - rappresentano le direttrici comuni già sottese alla disciplina del Patto di stabilità introdotto dall'art. 28 della legge n. 448/1998<sup>49</sup> ed a quella del c.d. federalismo fiscale<sup>50</sup>.

<sup>46</sup> Si tratta del d.m. 28 maggio 2001.

<sup>47</sup> Pubblicati in G.U. n. 85 del 18 aprile.

<sup>48</sup> Medicinali innovativi la cui commercializzazione è autorizzata in altri Stati od in corso di sperimentazione, ovvero da impiegare per una indicazione diversa da quella autorizzata.

<sup>49</sup> La riuscita complessiva del sistema richiede altresì il coordinato funzionamento del sistema dei controlli interni (espressamente coinvolti dal comma 7 dell'art. 28 della legge n. 448/1998 e riordinati, come è noto, dal d.lgs. n. 286/1999).

<sup>50</sup> L'intero settore della sanità - e non solo gli apparati centrali - è stato, come è noto, interessato dalla riforma contenuta nel d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229 - c.d. "riforma ter" - che ha inteso integrare il processo di riordino

L'esigenza di assicurare una corretta e tempestiva conoscenza dei dati ed informazione degli Organi di indirizzo e di governo del sistema, coerente alla espansione dei meccanismi, anche fiscali, propri di un ordinamento che evolve in senso autonomistico e federale, costituisce dunque uno dei più significativi aspetti problematici del settore, anche alla luce delle risultanze contabili, che hanno sinora evidenziato il ripetersi di sensibili squilibri tra quantificazioni previsionali (di cui sono sintomi anche le previsioni di saldi IRAP indicati nelle leggi finanziarie tra le regolazioni contabili debitorie), manifestatisi, come si è detto, pur nell'assenza di definitivi dati, anche per il 2000<sup>51</sup>.

Una positiva attenzione al tema si riscontra, oltre che nell'accordo intervenuto nella sede della Conferenza Stato-Regioni del 3 agosto 1999, nell'art. 87 della legge finanziaria 2001, dedicato al monitoraggio delle prescrizioni mediche, farmaceutiche, specialistiche e ospedaliere, con la previsione di un sistema di monitoraggio in grado di interconnettere medici ed operatori sanitari ai Ministeri della sanità, del tesoro, bilancio e p.e., al regioni, alla Conferenza Stato-Regioni, alle aziende sanitarie. I profili attuativi si rinvencono nel recente accordo quadro del 22 marzo 2001 volto alla individuazione di un nuovo sistema informativo sanitario, per assicurare il monitoraggio dello stato di salute della popolazione, dell'efficacia ed efficienza del sistema sanitario, della spesa sanitaria. L'accordo dedica particolare attenzione alla "condivisone" dei modelli di trattamento e di scambio delle informazioni da parte delle amministrazioni regionali e del Ministero della sanità, impegnato ad adottare ogni iniziativa necessaria al perseguimento del nuovo sistema informativo sanitario (NSIS), coinvolgendo in forma

---

avviato con i precedenti decreti legislativi n. 502/92 e n. 517/93 nelle linee di regionalizzazione e di aziendalizzazione del SSN. Profili qualificanti della nuova disciplina sono: il potenziamento del ruolo dei comuni nella programmazione dell'assistenza sanitaria; la ridefinizione dei meccanismi di accreditamento; l'attivazione dei distretti socio-sanitari. L'introduzione dei fondi integrativi del SSN; il ruolo assegnato alla formazione; il ridisegno della dirigenza sanitaria, con la decisa affermazione dell'esclusività del rapporto di lavoro. Particolare attenzione viene data nella riforma alla programmazione (regionale ed aziendale), da elaborarsi ed attuarsi strettamente a quella centrale, in una complessa interazione dei momenti e dei livelli di pianificazione, che richiedono pertanto non burocratici approcci, ma tempestive e coerenti prospettazioni nella definizione di politiche complesse, alla cui elaborazione ed attuazione è chiamata una pluralità di attori e di diversi livelli di governo. E' appena il caso di ricordare che anche il d.lgs. n. 229/1999, attuativo della delega contenuta nella legge n. 419/1998, nasce come attuazione di un esplicito obiettivo contenuto nel D.P.E.F. 1997-1999, tradotto in un provvedimento collegato alla manovra 1998 (si tratta del d.d.l. 4230, collegato "istituzionale" alla finanziaria 1998). Si ricorda che in una formulazione approvata dalla Camera dei deputati era previsto che all'individuazione - attraverso il PSN - dei livelli uniformi ed essenziali di assistenza si accompagnasse la consequenziale attribuzione delle correlate risorse finanziarie necessarie in sede di bilancio. Vedasi Servizio del bilancio del senato della Repubblica, (XIII legislatura, nota di lettura n. 25 del giugno 1998).

<sup>51</sup> Si tratta, come indicato nella finanziaria 2001, di 7.333 mld per il 1998 e di 9.811 mld per il 1999.



sinergica l'attività dell'ISS, dell'Ispesl, dell'ASSR, mentre analoga funzione viene assicurata dalle Regioni con riguardo agli enti locali.

Acquistano dunque ulteriore valenza e non differibile operatività le esigenze già da tempo evidenziate dalla Corte sulla tempestiva e puntuale definizione del quadro informativo<sup>52</sup>, con il concorso attivo delle regioni e delle aziende, cui deve corrispondere al livello centrale una soddisfacente riaggregazione fondata sui nuovi modelli introdotti di contabilità economica<sup>53</sup>, sia in vista della successiva programmazione, che nella prospettiva dell'attivazione dei trasferimenti interregionali finalizzati a garantire, tra l'altro, il finanziamento dei livelli uniformi di assistenza sulla base delle indicazioni del Piano sanitario nazionale (PSN), accertando la coerenza delle performances dei servizi regionali ai valori di riferimento individuati a livello centrale (utilizzo dei servizi, costi e qualità dell'assistenza)<sup>54</sup>. Per la verifica dell'andamento della spesa sanitaria, articolata per fattori produttivi e responsabilità decisionali, significativo rilievo riveste il sistema di indicatori<sup>55</sup> e di parametri concernenti gli aspetti strutturali e organizzativi dei sistemi sanitari regionali ed i livelli di spesa, finalizzati alla verifica dei livelli di assistenza assicurati in ciascuna regione e provincia autonoma, alla valutazione dei risultati economico-gestionali ed alla individuazione delle cause degli eventuali disavanzi.

A tale esigenza conoscitiva è finalizzata anche la relazione sullo stato sanitario del Paese, resa con riguardo all'esercizio 2000 e, più in generale, al triennio 1998-2000, anni di riferimento del PSN, contenente elementi informativi, da ulteriormente sviluppare, sia sullo stato di salute della popolazione, che sull'attività più propriamente

<sup>52</sup> La Corte aveva già rappresentato il problema, legato anche alla introduzione della contabilità economica, che, con moduli differenziati su base regionale, in concreto rende difficile una ricomposizione degli andamenti finanziari, la "leggibilità" complessiva ed il monitoraggio del sistema; occorre dunque operare sui nuovi modelli per assicurare tempestività ed uniformazione di analisi (art. 16 l. n. 362/1988).

<sup>53</sup> Modifiche allo schema di bilancio delle aziende sanitarie ed ospedaliere e degli IRCSS sono state di recente predisposte, con il parere favorevole della Conferenza stato-regioni. Vedasi anche la recente approvazione dei nuovi modelli di rilevazione economici del sistema informativo sanitario con d.m. 16 febbraio 2001, pubblicati in G.U. n. 85 del 18 aprile 2001.

<sup>54</sup> Al riguardo la Corte, nel ribadire l'esigenza di una tempestiva raccolta degli elementi informativi per il monitoraggio e la correzione degli andamenti registrati e la nuova impostazione delle previsioni finanziarie, programmatiche e normative, aveva già segnalato l'opportunità di una semplificazione ed uniformazione delle richieste informative, sia per non appesantire le Regioni e le aziende con una "domanda" eccessiva di informazioni, sia per evitare l'inverso pericolo di tardivi, incompleti o addirittura assenti flussi informativi.

<sup>55</sup> Alla luce della previsione di cui all'art. 9 del d.lgs. 56/2000, l'Amministrazione ha effettuato la revisione dei 65 indicatori già individuati dal Ministero della sanità di concerto con il Ministero del tesoro e con la Conferenza permanente sono articolati in sei gruppi, per tipologia del fenomeno analizzato: indicatori e parametri di carattere generale, economico-finanziari, di domanda, di risorse, di attività e utilizzo delle risorse e di risultato.

programmatica e di indirizzo. Nella delicata fase di transizione e di rispetto delle esigenze funzionali al "sistema di garanzie" proprio del federalismo fiscale (punto B del citato accordo Stato-Regioni), e che richiede il concorso e la collaborazione fra diversi livelli di governo, si collocano dunque anche le più specifiche misure di monitoraggio poste dall'esame dei CCNL della dirigenza del Servizio sanitario nazionale<sup>56</sup>, che si innesta in uno dei settori di spesa maggiormente consistente (la spesa per il personale del Servizio sanitario nazionale costituisce, come è noto, la quota più rilevante della spesa di parte corrente).

### *3.3 La programmazione ed i finanziamenti per la riqualificazione dell'offerta sanitaria.*

La riqualificazione dell'offerta sanitaria rappresenta, come si è detto, una delle linee caratterizzanti i recenti documenti programmatici, sia con riguardo alla qualità, appropriatezza delle prestazioni, che alla attenzione dell'utente, in un quadro di più decisa integrazione dei servizi sanitari e sociali; un particolare rilievo, anche nell'ultimo D.P.E.F., riveste il rilancio della edilizia sanitaria.

Sul versante finanziario va ribadito che non è agevole ricostruire il complessivo quadro programmatico in termini di immediata coerenza con le scansioni proprie del processo di bilancio disegnato dalla legge n. 468/1978<sup>57</sup> e di connessa verifica a consuntivo delle risultanze contabili, in questa sede riferite al solo Stato, anche a fronte della ricordata complessità, in corso di ulteriore evoluzione, dei centri di spesa e dei meccanismi fiscali che presiedono il settore, tenuto anche conto che si tratta di politiche che investono un arco temporale superiore all'anno. Nella consapevolezza del ruolo fondamentale che in materia rivestono le Regioni e la Conferenza Stato-Regioni, si intende dunque operare una ricostruzione della programmazione delle politiche

<sup>56</sup> Si tratta del monitoraggio della effettiva attivazione dei meccanismi prefigurati, dall' art. 72 della legge n. 448/98, sistematici strumenti di controllo del comportamento degli erogatori in ordine all'appropriatezza e alla qualità dell'assistenza finalizzati alla realizzazione di risparmi conseguenti al processo di razionalizzazione del sistema ospedaliero. Tale importanza è stata evidenziata anche in sede di certificazione delle ipotesi di CCNL per la dirigenza del Servizio sanitario (SS.RR. n. 12 e n. 15/2000). Il Governo si era espressamente impegnato per l'immediato avvio del monitoraggio degli andamenti della spesa derivante dai contratti, con riguardo anche alla finanza sanitaria ed agli equilibri complessivi della finanza regionale, informandone tempestivamente la Corte dei risultati. La parte negoziale pubblica ha altresì assunto l'impegno di rendere operativa la disposizione di cui all'art. 52 c. 2 del d.lgs. n. 29/1993, che fa sistema con le previsioni contrattuali degli artt. 10 e 11 dei contratti, in virtù della quale si provvede alla sospensione parziale o totale dell'efficacia del contratto in caso di accertata esorbitanza dai limiti di spesa. E' importante segnalare che al fine di realizzare gli obiettivi di cui art. 72, comma 3 della legge n. 448/98 è previsto che le regioni assicurino, per ciascun soggetto erogatore, un controllo di almeno il 2% delle cartelle cliniche e dalle corrispondenti schede di dimissione, in conformità a specifici protocolli di valutazione.

pubbliche in sanità, in termini di adempimenti amministrativi, riferibili agli apparati centrali, condizione dell'effettiva operatività dell'intero sistema. Si è dunque operata una preliminare ricognizione della programmazione prevista nel PSN, con l'individuazione degli obiettivi avviati, con particolare attenzione alla ricostruzione di specifici interventi che trovano riflesso nelle competenze e nelle conseguenti allocazioni contabili del Ministero della sanità o che ne coinvolgono comunque le funzioni (Programma nazionale della qualità; Obiettivi di carattere prioritario, Edilizia sanitaria; Piano straordinario per le grandi città; Programma per la realizzazione di strutture per cure palliative e di assistenza ai malati terminali).

### 3.3.1 Il Programma nazionale della qualità.

Nel PSN assume particolare rilievo il "Programma nazionale della qualità" che tende a garantire adeguati livelli di qualità dell'assistenza sanitaria attraverso l'introduzione di meccanismi finalizzati a rendere vincolante e generalizzato lo sviluppo delle attività di valutazione e promozione della qualità dell'assistenza da parte degli operatori sanitari e delle strutture pubbliche e private accreditate, anche mediante l'apporto degli utenti e delle organizzazioni che li rappresentano e l'estensione del sistema di indicatori.

A tale intento programmatico corrispondono nelle leggi finanziarie per il 1999 e per 2000 le misure riguardanti "l'attivazione di idonei e sistematici strumenti di controllo dell'effettivo comportamento tenuto dagli erogatori di prestazioni sanitarie in ordine all'appropriatezza e alla qualità dell'assistenza"<sup>57</sup>. Per quanto riguarda in particolare l'assistenza ospedaliera<sup>59</sup>, l'indicazione delle linee programmatiche era nel senso di una responsabilizzazione delle Regioni e delle Province autonome, nell'obiettivo di pervenire alla riduzione del volume di ricoveri in regime di degenza

<sup>57</sup> Oggi, come è noto, integrata, oltre che dalla legge n. 362 del 1988 dalla legge n. 208/1999.

<sup>58</sup> Art.72 comma 1 e 3 legge n. 448/98; art. 28, c.10 legge 488/1999.

<sup>59</sup> La spesa del SSN per l'assistenza ospedaliera, a partire dal 1997 è individuabile unitariamente in base alle rilevazioni di dati contabili delle aziende, aggregati per i sei livelli uniformi di assistenza definiti dal PSN 1996-1998: tale dato evidenzia, a livello nazionale, che la spesa ospedaliera assorbe oltre la metà della spesa complessiva. Gli andamenti rappresentati, da ricondurre anche all'aumento nel consumo di risorse necessarie durante il ricovero ed alla possibile tendenza a ricorrere al ricovero per i casi relativamente più complessi, sono anche considerati come possibile sintomo di distorsioni nella codifica di diagnosi e procedure nelle schede, al fine di privilegiare i Drg cui sono associate tariffe maggiori: emerge dunque l'esigenza di attivare, soprattutto a livello regionale e aziendale, appropriati sistemi di controllo del comportamento degli erogatori, così come previsti anche da ultimo dalla citata legge finanziaria per il 1999.

ordinaria (almeno l'1% annuo dei ricoveri e della spesa corrispondente, elevato al 2,5% dall'art. 28, comma 14 della legge n. 488/1999), favorendo nel contempo l'esclusività del rapporto dei dirigenti del ruolo sanitario, quale elemento caratterizzante delle linee programmatiche, volto al rafforzamento del servizio pubblico ed alla riqualificazione dell'offerta.

La previsione di incentivi finanziari per l'attivazione da parte di Regioni e aziende sanitarie di idonei e sistematici strumenti di controllo del comportamento degli erogatori in ordine all'appropriatezza e alla qualità dell'assistenza avrebbe innescare processi di razionalizzazione e di risparmio - esplicitati nella relazione tecnica al d.d.l finanziaria 1999 - con i quali provvedere, anche a regime, alla corresponsione degli specifici emolumenti previsti per la dirigenza del Servizio sanitario<sup>60</sup>. In sede di certificazione dei relativi CCNL<sup>61</sup>, è stato espressamente assicurato l'impegno del Governo centrale al fine di una effettiva attivazione dei meccanismi prefigurati, di una responsabilizzazione dei diversi livelli interessati, di un immediato avvio del monitoraggio degli andamenti della spesa derivante dai contratti, con riguardo anche alla finanza sanitaria ed agli equilibri complessivi della finanza regionale, informandone tempestivamente la Corte dei conti dei risultati<sup>62</sup>. E' importante segnalare che al fine di realizzare gli obiettivi di cui art. 72, comma 3 della legge n. 448/1998 è previsto nella finanziaria 2001 che le regioni assicurino, per ciascun soggetto erogatore, un controllo di almeno il 2% delle cartelle cliniche e dalle corrispondenti schede di dimissione, in conformità a specifici protocolli di valutazione,

Peraltro, solo con delibera CIPE 2 novembre 2000, n. 126 risulta ripartita tra le Regioni la somma complessiva di 1.319 mld per gli anni 1999 e 2000 per le attività di vigilanza e controllo in questione, finalizzate alla riduzione della spesa per l'assistenza ospedaliera, erogata in regime di ricovero ordinario, anche attraverso il potenziamento di forme alternative. Tale somma è stata dunque ripartita, con evidente ritardo sulle fisiologiche scansioni temporali di un così complesso processo di razionalizzazione del

<sup>60</sup> Le SS.RR. con delibera n. 4/2000 ("Criteri generali e indirizzi di coordinamento per l'esercizio del controllo successivo sulla gestione") hanno approvato una specifica analisi in materia sanitaria, recentemente avviata dalle Sezioni regionali.

<sup>61</sup> SS.RR., del. 12/200 e 15/2000.

<sup>62</sup> La parte negoziale pubblica ha altresì assunto l'impegno di rendere operativa la disposizione di cui all'art. 52 c. 2 del d.lgs. n. 29/1993, che fa sistema con le previsioni contrattuali degli artt. 10 e 11 dei contratti, in virtù della quale

settore, sulla base di taluni indicatori (popolazione, numero di medici di medicina generale, fabbisogno ospedaliero) senza peraltro che sia stata sinora prodotta una congrua analisi delle esperienze già avviate e delle problematiche da affrontare, tanto più consistenti, come ampiamente rappresentato dalla Corte anche nel corso dell'audizione presso la Commissione Affari sociali della Camera dei deputati in data 28 settembre 2000, per la evidenziata criticità complessiva del sistema, accentuata dall'avvio del federalismo fiscale.

### 3.3.2 Gli obiettivi di carattere prioritario.

Per la realizzazione dei programmi regionali finalizzati alla realizzazione di obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale individuati dal PSN 1998-2000<sup>63</sup>, sono destinate quote vincolate del fondo sanitario nazionale nella misura del 3% per ciascuno degli anni del triennio 1998-2000, ai sensi dell'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662. In base al comma 34 bis del medesimo articolo 1, introdotto dall'art. 33, della legge 27 dicembre 1997, n. 449 è richiesta la predisposizione da parte delle Regioni di progetti per accedere agli specifici finanziamenti.

Gli obiettivi prioritari indicati dal Ministero<sup>64</sup>, in linea con le indicazioni del PSN, concernono quattro aree di intervento: riduzione delle liste d'attesa per i ricoveri ospedalieri e per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale; realizzazione di campagne di screening per la diagnosi precoce dei tumori femminili; potenziamento

---

si provvede alla sospensione parziale o totale dell'efficacia del contratto in caso di accertata esorbitanza dai limiti di spesa.

<sup>63</sup> Il Piano sanitario nazionale 1998-2000 prevede che, ai sensi dell'art. 1, c. 34bis, della legge n. 662/96: "le Regioni, relativamente agli obiettivi di carattere prioritario del Psn e di rilievo nazionale, elaborino specifici progetti di intervento da finanziare attraverso quote vincolate del Fsn. Le quote vincolate del Fsn sono finalizzate al finanziamento di programmi che soddisfino i seguenti criteri e parametri:- abbiano dimensione interregionale; siano di durata pluriennale; si propongano risultati (intermedi e finali) misurabili e verificabili facciano riferimento a obiettivi finalizzati prioritariamente, alla riduzione delle disuguaglianze sociali e territoriali nei confronti della salute, all'adozione di programmi di prevenzione di provata efficacia. al superamento di problemi di carenze strutturali del sistema. A tal fine, per ciascuno degli anni del triennio 1998-2000, è utilizzata una quota pari al 3% del FSN. Tale quota può essere ridefinita anche in relazione alla capacità progettuale delle regioni; le risorse saranno distribuite sulla base di progetti interregionali condivisi e concordati."

<sup>64</sup> Il Ministero della sanità ha emanato una circolare, d'intesa con Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, per l'attuazione degli artt. 34 e 34bis della legge 662/1996, che disciplinano l'accesso ai fondi vincolati del Fondo sanitario nazionale per gli obiettivi del Piano sanitario nazionale 1998-2000.

dell'assistenza domiciliare; miglioramento dell'assistenza a favore dei soggetti affetti da malattie mentali<sup>65</sup>.

Le regioni hanno predisposto progetti pluriennali per il perseguimento di tali obiettivi sul proprio territorio, valutati dal Ministero della sanità, con il supporto dell'Agenzia dei servizi sanitari regionali, e riesaminati nel confronto con le Regioni e la Conferenza Stato-Regioni. I progetti approvati, ammessi al finanziamento e avviati sono 65, di cui: 19 relativi alle liste d'attesa (che hanno assorbito il 23% dei primi finanziamenti assegnati nel 1999, a valere sui fondi 1998, che erano complessivamente pari a 1.190 mld di lire); 21 relativi agli screening (16%), 17 relativi al potenziamento dell'assistenza domiciliare integrata (36%), 37 relativi alla salute mentale (21%) e 1 relativo all'attivazione del sistema di emergenza sanitaria 118 in Puglia (4%).

Non può non rilevarsi la non fisiologica attribuzione dei fondi rispetto alle previsioni temporali programmate: il CIPE, solo con delibera 21 dicembre 2000, n. 133 ha ripartito le somme ancora disponibili per i progetti prioritari - al netto degli utilizzi e delle decurtazioni di legge, e con l'ulteriore somma pari a 190 mld resasi disponibile dalla già citata delibera CIPE n. 134/2000, riguardante l'assegnazione alle Regioni delle maggiori disponibilità per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale 2000 - assegnando alle regioni 1.005,100 mld per il 1999 e 170 mld per il 2000.

Per quanto riguarda in generale i progetti-obiettivo, indicati dalla programmazione nazionale si registra la predisposizione di quelli già definiti da un punto di vista normativo: si tratta del progetto obiettivo per la tutela della salute mentale (d.P.R. 10 novembre 1999); del Progetto obiettivo AIDS (d.P.R. 8 marzo 2000); del Progetto obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario (d.m. 21 aprile 2000); del Progetto obiettivo materno-infantile (d.m. 24 aprile 2000)<sup>66</sup>.

<sup>65</sup> Essendo inoltre prevista la possibilità per le Regioni di presentare progetti su specifiche aree di intervento ritenute prioritarie, la regione Puglia ha proposto un progetto per l'attivazione del "Sistema per l'emergenza sanitaria 118".

<sup>66</sup> L'amministrazione informa che sarà posto in tempi brevi all'esame del Consiglio Superiore di Sanità il progetto obiettivo per l'alimentazione e la nutrizione, mentre i progetti obiettivo sulle tossicodipendenze e sulla salute degli immigrati sono ancora in fase di elaborazione. Il Progetto obiettivo anziani è all'esame della Conferenza Stato-Regioni. Altri provvedimenti nazionali sono stati emanati o sono in via di emanazione: sono stati definiti il Piano nazionale sangue e plasma 1999-2000 (d.m. 1 marzo 2000) ed il Piano nazionale vaccini (18 giugno 1999), mentre è all'esame della Conferenza Stato-Regioni il Piano oncologico nazionale. Sempre in attuazione del Piano sanitario nazionale 1998-2000, l'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali ha prodotto i seguenti documenti: programma Nazionale per le Linee Guida (novembre 1999); Rapido accesso alla diagnosi per il paziente con sospetta patologia oncologica (aprile 2000); Indicazioni per l'uso appropriato della coronarografia e degli interventi di rivascularizzazione coronarica (ottobre 2000).

### 3.3.3 La riqualificazione dell'offerta sanitaria: gli investimenti.

Le misure programmatiche contenute nel D.P.E.F. hanno evidenziato il rilievo degli investimenti nella riqualificazione dell'offerta sanitaria, cui sono seguiti programmi speciali e straordinari, autorizzati da leggi finanziarie o da leggi specifiche di finanziamento, in coerenza alle indicazioni del Piano sanitario nazionale, che rappresentano i principali canali di finanziamento delle spese di investimento del Servizio sanitario nazionale<sup>67</sup>. Nel bilancio dello Stato, rileva dunque l'analisi finanziaria della F.O. 7.6.1.3. *Realizzazione degli interventi finanziari per l'edilizia sanitaria*, alla quale concorrono 3.747,3 mld del Ministero del tesoro, bilancio e programmazione economica, impegnati quasi integralmente (oltre il 90%) e 85,5 mld del Ministero della sanità, passati quasi tutti a residui di stanziamento (insieme a 256,5 mld dei 257 già presenti ad inizio esercizio). I pagamenti della funzione sono pari a 1.560 mld, quasi tutti (1.559) del Ministero del tesoro, bilancio e programmazione economica, mentre valori percentualmente bassi denota l'indicatore dei pagamenti per il Ministero della sanità; infatti su di una massa spendibile di 342,4 mld sono stati effettuati pagamenti per 1,1 mld, anche in considerazione delle bassissime autorizzazioni di cassa (pari a 1,5 mld; 73% delle autorizzazioni di cassa). Sono altresì da segnalare le risorse del ministero dei lavori pubblici, che concorrono alla funzione *realizzazione e interventi finanziari per l'edilizia sanitaria*, con 65,1 mld (quasi interamente impegnati, ma pagati solo per 1,3 mld) e 5,3 mld di *realizzazione e interventi finanziari per l'edilizia sanitaria a seguito di calamità*, con 2,9 mld di impegni su competenza e 0,6 mld di pagamenti totali sulla massa spendibile di 7,5 mld.

Una significativa novità, sia dal punto di vista istituzionale, che operativo, è data dall'innesto della programmazione di settore nei programmi europei: nell'ambito del Quadro Comunitario di Sostegno 2000/2006, la sanità, nell'accezione di "salute" come benessere globale, è stata riconosciuta a pieno titolo tra gli elementi che compongono la politica di sviluppo nella necessità di garantire la coerenza fra i progetti programmati a livello regionale e la programmazione nazionale. Nell'intento di assicurare un sostegno operativo nella fase attuativa della programmazione dei fondi strutturali contenuta nel documento QCS 2000-2006, il Ministero del tesoro, titolare del piano operativo

nazionale (PON) di assistenza tecnica, ha concordato un sistema nazionale di supporto, costituito dalla rete di segreterie tecniche istituite presso ciascuna amministrazione centrale, trasversale al programma di investimenti<sup>68</sup>. L'attività di assistenza alle cinque regioni dell'obiettivo n. 1 (Sicilia, Sardegna, Calabria, Puglia e Basilicata), che viene cofinanziata dal Programma Operativo "Assistenza Tecnica 2000-2006" per un importo complessivo di programma di circa 9,6 mld, disponibili in sei anni, è articolata in due misure: Misura I.2. — Azioni di assistenza tecnica e supporto operativo per l'organizzazione e la realizzazione delle attività di indirizzo, coordinamento e orientamento delle Amministrazioni Centrali con competenze trasversali; Misura I.4. — Azioni di comunicazione, informazione e pubblicità.

3.3.3.1 L'attuazione della seconda fase del programma di investimenti ex art. 20 legge n. 67/1988.

I finanziamenti per l'edilizia e le tecnologie sanitarie, le cui potenzialità investono il campo della ricerca, dell'innovazione e dello sviluppo del Paese, previsti dal programma avviato con l'art. 20 della legge finanziaria n.67 del 1988<sup>69</sup>, segnala di recente specifiche linee di sviluppo anche in coerenza alle misure contenute nei documenti programmatici e nelle manovre finanziarie degli ultimi anni.

La più rilevante novità istituzionale, finanziaria ed operativa è rappresentata dalla attuazione di accordi di programma<sup>70</sup> tra Regioni, Stato ed altri soggetti pubblici interessati aventi ad oggetto l'accelerazione delle procedure e la realizzazione di opere, con particolare riguardo alla qualificazione e messa a norma delle strutture sanitarie. Tali innovazioni, significative anche nel profilo qualitativo, connotano dunque la

<sup>67</sup> Il Fondo sanitario nazionale in conto capitale, fissato dalla legge finanziaria per l'anno 2001 in 150 mld, ha rappresentato negli ultimi anni una voce di finanziamento non particolarmente significativa.

<sup>68</sup> Il documento è composto di una parte relativa alle azioni di assistenza tecnica e supporto operativo del Ministero della Sanità a favore delle Amministrazioni titolari di Programmi operativi nazionali e regionali (P.O.N. e P.O.R.) per la piena integrazione del principio della promozione e tutela della salute pubblica negli interventi cofinanziati dai fondi strutturali dell'Unione Europea, e di una parte descrittiva degli aspetti organizzativi e delle necessità finanziarie graduate negli anni della programmazione.

<sup>69</sup> La norma aveva previsto, con un limite complessivo di spesa di 30.000 mld, un programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento del patrimonio sanitario pubblico e di realizzazione di residenze per anziani e soggetti non autosufficienti ad opera di Regioni, Province autonome, IRCCS, Policlinici, Università, Istituti zooprofilattici sperimentali, da finanziarsi con operazioni di mutuo con oneri a carico dello Stato per il 95% e con il 5% a carico delle Regioni e degli altri enti richiedenti. Si segnala che la legge finanziaria 2000, (art. 83, c.3), ha elevato da 30.000 a 34.000 mld l'importo complessivo del Programma di investimenti di cui all'art. 20.