

### 3.1 L'analisi funzionale nel bilancio dello Stato.

Sotto il profilo dell'analisi funzionale, le due grandi voci gestite dal ministero dell'economia e delle finanze sono rappresentate dalle F.O. indicate come "fondo sanitario nazionale" e "finanziamento della spesa sanitaria dei disavanzi e delle maggiori occorrenze"<sup>14</sup>. La prima delle funzioni 7.4.1.1. "Fondo sanitario nazionale"<sup>15</sup>, vede assegnate risorse per 17.765,6 mld di stanziamenti, (con pari massa impegnabile) sulla quale risultano 17.583,2 mld di impegni (99% della m.i.); sulla massa spendibile di 35.284,5 mld (per 17.518,9 mld di residui), a fronte di autorizzazioni di cassa per 22.684,6 (64% della massa spendibile) mld risultano 22.486,6 mld di pagamenti (64% della m.s.). Di questi ultimi 11.584,7 mld si riferiscono ai residui iniziali, pari , come si è detto, a 17.518,9 mld.

Per la funzione 7.4.1.2. "finanziamento della spesa sanitaria dei disavanzi e delle maggiori occorrenze" con 8.362,6 mld di stanziamenti di competenza e pari massa impegnabile, si registrano 6.707 mld di impegni totali (80% della m.i.), mentre sulla massa spendibile di 11.418,4 mld figurano 7.439,3 mld di pagamenti (65% della m.s.); i 3.055,8 mld di residui iniziali risultano interamente pagati.

Anche alla luce della evoluzione ordinamentale accennata e della concreto avvio dei nuovi meccanismi fiscali. assume ancora maggiore significatività il problema dei disavanzi che consegue alle insufficienze del quadro previsionale.<sup>16</sup> Con l'accordo dell'8 agosto 2001 si ritenevano definitivamente risolte le questioni inerenti i disavanzi del settore.<sup>17</sup> Al fine di provvedere al ripiano dei residui disavanzi al 31 dicembre 1994 ed al periodo 1994-1999, in conformità agli accordi assunti nella sede della Conferenza Stato-Regioni nell'accordo del 3

<sup>14</sup> Entrambe le f.o. appartengono alla classe 7.4. Servizi di salute pubblica, composta dall'unico gruppo con medesima denominazione, cui concorrono otto diverse funzioni obiettivo. La classe espone circa 27.964,4 mld di stanziamenti di competenza, una massa impegnabile di 29.269,6 mld sulla quale sono stati effettuati 25.530,6 mld di impegni (87% della m.i.), mentre sulla massa spendibile di 50.172,2 mld (erano presenti ben 22.207,8 mld di residui iniziali), risultano pagamenti totali per 30.989,6 mld (62% della m.s.), mentre sugli elevati residui iniziali (22.207,8 mld) risultano effettuati pagamenti per soli 14.898 mld

<sup>15</sup> Le risorse ivi allocate sono relative agli stanziamenti di capitoli 3700, 3701 e 9100. Il primo dei citati capitoli denominato Fondo sanitario nazionale, vede stanziamenti pari a 7772,7 mld interamente impegnati, mentre risultano pagamenti totali per 12.572,1 mld, dei quali solo 1091,4 in conto competenza. Il capitolo espone al 31 dicembre circa 6.681,2 mld di residui totali. Il capitolo 3701 denominato "finanziamento del FSN in relazione alle minori entrate dell'IRAP"; a fronte di stanziamenti pari a 9.992,9 mld risultano impegni totali per 9.810,5 mld. Interamente pagati. Il capitolo 9100 "FSN di pare capitale" in conto investimenti con nessun stanziamento presenta solo 104 mld di residui interamente pagati.

<sup>16</sup> Al di là degli aspetti quantitativi, resta non agevole nel concreto, l'individuazione della quota di maggiore spesa attribuibile a provvedimenti di carattere nazionale rispetto a quella attribuibile a provvedimenti regionali, con conseguente ripartizione dell'onere tra livello centrale e regionale, in linea con l'insegnamento della Corte costituzionale in materia di responsabilità per i disavanzi sanitari (Corte cost. n. 355/93 e 416/95).

<sup>17</sup> Per la definizione dei disavanzi la l. finanziaria per il 2001 individuava in tab. A 16.000 miliardi (di cui 13.000 già previsti dalla finanziaria per il 2000, con una modulazione di 7.000 mld per il 2001, 6.000 mld per il 2002 e 3.000 per il 2003).

agosto 2000, è intervenuto il d.l. 17 del 2001 convertito nella legge 129 del 2001, con la autorizzazione all'acconto di 7.000 mld, subordinando il saldo dei 16.000 miliardi "convenuti" alla assunzione effettiva del residuo da parte delle Regioni. Situazioni di sensibile disavanzo emergono peraltro anche per gli esercizi 2000 e 2001<sup>18</sup>. Va segnalato, con riguardo ai flussi di tesoreria, che nell'anno 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.

Alla divisione 7 sono riconducibili risorse iscritte di vari ministeri: oltre al ministero dell'economia e finanze, che, come si è detto, ha nel suo stato di previsione gli stanziamenti più significativi per il SSN<sup>19</sup>, e naturalmente della salute - che peraltro complessivamente non ricopre neanche il 10% della funzione - risorse quantitativamente minori concernono i ministeri della difesa, della giustizia, i trasporti ed infrastrutture.

Va segnalato che in base all'accordo dell'8 agosto 2001 si tende a raccordare dati finanziari e fenomeni gestionali ad essi sottesi: anche il riparto delle risorse tra le Regioni va operato in un'ottica di riequilibrio volta ad incentivare i comportamenti virtuosi, rimuovere le situazioni di svantaggio e migliorare la qualità dei servizi<sup>20</sup>. In tal senso si sono del resto orientate le stese analisi svolte dalle Sezioni regionali della Corte in materia sanitaria e più specificamente di assistenza ospedaliera, ispirate a metodologie uniformi di approccio ad una a tematica di ampio rilievo sociale e finanziario. Tale impostazione può trovare riscontro sistematico nella stessa nuova formulazione costituzionale dell'art. 117, comma.2, lett. (m, che riserva alla legislazione esclusiva dello Stato la "determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale".

<sup>18</sup> In base al recente d.l. 63 del 2002 convertito nella legge 112 del 2002 si è provveduto ad un primo acconto anche del disavanzo 2000, calcolato, per quanto riguarda l'onere a carico dello stato in circa 2700 mld. Sulla problematica vedasi, da ultimo, Sez. Autonomie, Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni (anni 2000 e 2001, Del. N 4 del 5 giugno 2002

<sup>19</sup> Oltre a quelle già descritte, rileva la funzione 7.3.3.1. "trasferimenti per prestazioni di servizi propri ai consultori familiari" con 10,4 mld di competenza e pari massa impegnabile, interamente impegnati e pagati nell'anno insieme ai 60 mld di residui iniziali. Essa fa parte della classe 7.3. servizi ospedalieri (che complessivamente espone 213,2 mld di stanziamenti con 209,9 mld di impegni totali e 260,3 mld di pagamenti totali), insieme alla funzione 7.3.1.1. "Sanità militare" del ministero della difesa ("gruppo 7.3.1". servizi ospedalieri generici). Per quest'ultima a fronte di 202,8 mld di stanziamenti di competenza e 205,8 mld di massa impegnabile emergono impegni per 199,6 mld ; sulla massa spendibile di 255,5 mld con 202,7 ml di a.c. risultano 189,9 mld di pagamenti totali.

<sup>20</sup> In questo contesto le Regioni si impegnano a rivedere i parametri di ponderazione di cui all'art. 34 della legge n. 662 del 1996.

### 3.2 L'evoluzione del sistema.

La collocazione del Ssn nel contesto sistematico di evoluzione del sistema in chiave federale, alla luce delle recenti formulazioni costituzionali del Titolo V e delle nuove iniziative di riforma, è espressamente evidenziata nello schema di Piano sanitario nazionale 2002-2004, che il Governo ha deliberato il 19 aprile 2002, trasmettendolo alle Commissioni parlamentari ed alle organizzazioni sindacali. Il documento, che fa esplicito riferimento ai cambiamenti istituzionali ed alle linee del Programma di azione comunitario nel settore della sanità pubblica 2002-2006, entrato in vigore nell'anno in corso, evidenzia due grandi aree: gli obiettivi strategici per il cambiamento, che concernono 10 progetti-obiettivo e gli obiettivi generali. Tra i primi vi sono l'attuazione dei Livelli essenziali di assistenza; l'integrazione tra servizi sanitari e sociali; la qualità e la formazione; il ridisegno della rete ospedaliera, con l'individuazione dei centri di eccellenza e di servizi di urgenza ed emergenza; la ricerca; la farmacovigilanza; la promozione di più salutar stili di vita. tra Gli obiettivi generali si ricordano la promozione della salute; la interazione tra ambiente salute, la sicurezza alimentare e veterinaria; i raccordi tra obiettivi di salute ed obiettivi sociali.

All'accordo dell'8 agosto 2001 è tempestivamente seguita con d.P.C.M. 29 novembre 2001 la definizione nuovi Livelli essenziali di assistenza, da tempo attesa e la cui valenza era già da tempo segnalata dalla Corte anche per l'impatto sugli equilibri strutturali e territoriali, oltre che finanziari, atteso il raccordo (oltre che nei confronti delle indicazioni del Piano sanitario nazionale) anche con le compatibilità finanziarie definite per l'intero sistema di finanza pubblica nel Documento di programmazione economico-finanziaria (art. 1, comma 3, d.lgs. n. 229 del 1999).

In base al d.P.C.M. 29 novembre 2001 le prestazioni di assistenza sanitaria garantite dal servizio sanitario nazionale sono riconducibili a tre macroaree che raggruppano i Livelli essenziali di assistenza: assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro; assistenza distrettuale; assistenza ospedaliera<sup>21</sup>. Complementare alla definizione operata è la promozione di forme di assistenza integrativa, consentite dalla normativa vigente, al fine di garantire o agevolare livelli di servizi e prestazioni ulteriori, rispetto a quelli garantiti dai LEA.

Il provvedimento si fonda sulla ricognizione della normativa vigente, presentata con apposite schede per ogni livello, in cui, accanto a ciascuna tipologia assistenziale sono stati

---

<sup>21</sup> Nell'ambito delle tre macroaree precedenti, è inclusa l'assistenza specifica rivolta a determinate categorie di cittadini, ovvero erogata in condizioni particolari; attenzione è dedicata anche alla assistenza sanitaria alle popolazioni delle isole minori ed alle altre comunità isolate. In specifici allegati sono individuate le prestazioni totalmente escluse dai LEA e quelle parzialmente escluse in quanto erogabili solo secondo specifiche indicazioni cliniche (Allegato 2B).

richiamati i riferimenti normativi vigenti e, se disponibili, la lista di prestazioni erogabili, i parametri di offerta strutturali eventualmente previsti. Di particolare rilievo è la considerazione che tra le fonti dei LEA sono stati inseriti, insieme a quelle normative in senso proprio, anche gli accordi definiti in sede di Conferenza Stato-Regioni- nei limiti previsti dal grado di cogenza degli stessi per il raggiungimento degli obiettivi del PSN in coerenza a quanto disposto dall'art. 4 del d.lgs. n. 281 del 1997, a conferma di una evoluzione del sistema delle fonti che in materia sanitaria trova peculiare valenza e significatività insieme operativa e sistematica.

L'intento perseguito con il provvedimento è di consentire un equilibrio tra le risorse disponibili e l'articolazione delle prestazioni e dei servizi sociosanitari da garantire. Come peraltro esplicitato dallo stesso d.P.C.M. la sola definizione dei LEA, pur costituendo la essenziale base di partenza, non è di per sé risolutiva della complessa problematica dell'appropriatezza, che si presenta come una delle variabili fondamentali anche per l'allocazione delle risorse. Spesso il carattere dell'essenzialità si riferisce a segmenti molto specifici di bisogno sanitario e socio sanitario da coprire, che richiedono da un lato omogeneo inquadramento a livello nazionale e dall'altro ulteriori necessarie definizioni a livello di programmazione regionale, insieme alla attivazione del sistema di monitoraggio e garanzia previsto dalla normativa vigente<sup>22</sup>. al di là degli spazi di azione oggi consentiti dalla normativa in ordine al reperimento delle risorse, quali la leva fiscale, un rilievo peculiare riveste, infatti, la programmazione regionale nell'applicazione dei criteri per l'erogazione dei LEA, al fine di precisare ulteriormente le condizioni di erogabilità, per assicurare il pieno rispetto del principio dell'appropriatezza e nello stesso tempo di prevenire e controllare fenomeni di improprio assorbimento di risorse (tenendo altresì conto dei criteri di particolare tutela della urgenza/complessità, della fragilità sociale e della accessibilità territoriale).

Appaiono dunque particolarmente significative le *Linee guida* relative al ruolo delle Regioni precisate nel Documento (allegato 4), in ordine ai settori di spesa più significativi, quali l'assistenza farmaceutica, che registra in talune realtà incrementi impropri della domanda e dei consumi, e l'assistenza ospedaliera, che spesso continua ad assorbire risorse, per fenomeni di inefficienza ma anche di inappropriatezza, a scapito di altre tipologie assistenziali<sup>23</sup>. Si ricorda che il d.l. 18 settembre 2001, n. 347 convertito nella legge n. 405 del 2001, recependo il contenuto dell'Accordo dell'8 agosto 2001, aggiorna, tra l'altro, le previsioni normative

<sup>22</sup> Sul piano normativo occorre ricordare in particolare:- l'articolo 13 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni richiama l'articolo 29 della legge 28 febbraio 1986, n. 41.- art. 85 comma 9 della legge n. 388 del 2000, gli articoli 4 (comma 3) e 6 (commi 1 e 2) del decreto legge n. 347 del 2001. Tali norme definiscono gli ambiti di azione regionale in questa materia.

<sup>23</sup> Nel DPCM (Allegato 3) sono esplicitate talune indicazioni particolari per l'applicazione dei livelli in materia di assistenza ospedaliera, assistenza farmaceutica, assistenza specialistica e integrazione socio sanitaria.

concernenti la dotazione dei posti letto ospedalieri per acuti, fissando il nuovo parametro di riferimento a 4 posti-letto per mille abitanti, precisando i poteri regionali in materia di sperimentazioni gestionali<sup>24</sup> e di riconoscimento ai presidi ospedalieri dello status di azienda ospedaliera<sup>25</sup>.

Per quanto riguarda le prestazioni di ricovero e cura ospedaliere il provvedimento evidenzia in primo luogo la rimodulazione dell'area prestazionale garantita dall'assistenza ospedaliera, partendo dalla considerazione di un diverso ruolo dell'ospedale, che dovrebbe evolvere da generale luogo di riferimento per la soluzione di problemi di natura sanitaria, e spesso socio-sanitaria, a struttura tecnologicamente avanzata, in grado di corrispondere a problemi di salute caratterizzati da acuzie e gravità. Ne consegue che, nel complesso della rete assistenziale sanitaria, non è automaticamente associabile una lista di prestazioni da non erogare nel suo ambito: sono invece richieste iniziative di riassetto strutturale e qualificazione tecnologica, insieme ad una più incisiva attenzione alla appropriatezza dei ricoveri ed a coerenti programmi di sviluppo della rete dei servizi territoriali. Utili strumenti sono rappresentati dalla indicazione di percorsi diagnostico terapeutici, che minimizzino la quota di accessi impropri; da una adeguata rete di collegamento sia tra presidi ospedalieri che tra questi e strutture territoriali; da coerenti politiche di aggiornamento e formazione per raggiungere un soddisfacente spazio di "governo clinico"; da una rimodulazione del sistema di remunerazione per scoraggiare artificiose induzioni di domanda. Essenziale appare lo sviluppo del sistema informativo in termini non solo di efficienza ma anche di qualità, e quindi in grado di fornire un adeguato set di indicatori sull'appropriatezza<sup>26</sup>.

Nell'Allegato 3.1 sono elencati gli indicatori livello ospedaliero, sia di natura organizzativa che più propriamente clinica. Con riguardo ad essi, ai fini della integrazione in un quadro organico del set iniziale, il provvedimento indica come ipotesi di lavoro, una duplice prospettiva: "per territorio", e "per struttura"; la prima, partendo dal macro indicatore del tasso di ospedalizzazione, procede per scomposizioni successive ad identificare nelle diverse tipologie di ricovero le componenti più a rischio di inappropriatazza (indicatori rapportati alla

<sup>24</sup> Ex articolo 9 bis del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, come modificato dall'articolo 10 del d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229.

<sup>25</sup> Con modifica dell'articolo 4 del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502.

<sup>26</sup> Nell'Allegato 2C) sono indicate le prestazioni incluse nei LEA che presentano un profilo organizzativo potenzialmente inappropriato, o per le quali occorre comunque individuare modalità più appropriate di erogazione: sono stati definiti «inappropriati» i casi trattati in regime di ricovero ordinario o in day hospital che le strutture sanitarie possono trattare in un diverso setting assistenziale con identico beneficio per il paziente e con minore impiego di risorse. Nel provvedimento sono dunque elencati i DRG "ad alto rischio di inappropriatazza" se erogate in regime di degenza ordinaria, per i quali, sulla base delle rilevazioni regionali, dovrà essere indicato un valore percentuale/soglia di ammissibilità, fatto salvo, da parte delle Regioni, l'individuazione di ulteriori DRG e prestazioni assistenziali.

## XIV LEGISLATURA – DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

popolazione); la seconda analizza invece il fenomeno dal punto di vista delle strutture erogatrici (indicatori rapportati al totale dei ricoveri). Va ricordato che l'appropriatezza e la qualità dell'assistenza hanno rivestito rilievo peculiare sia nei documenti programmatici che nelle corrispondenti leggi finanziarie<sup>27</sup>.

Nelle tavole seguenti viene raffrontato il tasso di ospedalizzazione, precisato anche quello per acuti.

## Tasso di ospedalizzazione

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Austria	236,0	239,0	241,0	244,0	247,0	251,0	266,0	278,0	286,3	
Belgio	192,1	195,6	196,6	198,0	196,4	200,0				
Danimarca	199,3	202,1	204,6	203,5	198,1	198,3	198,7	199,9		
Finlandia	227,0	235,0	244,0	251,0	254,0	269,0	267,0	266,0	265,0	
Francia	235,0	236,0	233,0	228,0	227,0	225,0	231,0	231,0	230,0	
Germania	200,8	205,3	207,3	212,1	218,5	197,3	200,3	205,4		
Grecia	131,0	137,0	140,0	148,0	150,0					
Irlanda	147,7	146,7	149,2	148,7	149,7	151,0	149,2	147,9	144,7	
Italia	149,9	155,5	159,0	159,9	162,3	184,7	183,7	180,4		
Lussemburgo	200,0	203,0	196,0	194,0						
Olanda	109,1	109,8	110,2	112,0	111,2	111,4	110,2	107,8		
Portogallo	109,0	112,0	114,0	115,0	113,0	113,6	118,0	120,0		
Spagna	99,5	102,3	104,7	106,8	109,0	113,8				
Svezia	199,0	195,0	195,0	192,0	185,0	181,0				
Regno Unito	149,8	150,8	152,2	151,3	153,6	149,1	150,5	150,9		

Fonte OCSE 2001

<sup>27</sup> Per quanto riguarda in particolare l'assistenza ospedaliera, 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 ordinaria (almeno l'1% annuo dei ricoveri e della spesa corrispondente, elevato al 2,5% dall'art. 28, comma 14 della legge n. 488 del 1999), favorendo nel contempo l'esclusività del rapporto dei dirigenti del ruolo sanitario, quale. Le leggi finanziarie per il 1999 e per 2000 (art. 72 comma 1 e 3 legge n. 448 del 1998; art. 28, c.10 legge n. 488 del 1999) comprendevano misure riguardanti "l'attivazione di idonei e sistematici strumenti di controllo dell'effettivo comportamento tenuto dagli erogatori di prestazioni sanitarie". 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 dovuto 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. In sede di certificazione dei relativi CCNL (SS.RR., del n. 12 del 2000 e 15 del 2000.), 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. La parte negoziale pubblica aveva altresì assunto l'impegno di rendere operativa la disposizione di cui all'art. 52 c. 2 del d.lgs. n. 29 del 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. È importante segnalare che al fine di realizzare gli obiettivi di cui art. 72, comma 3 della legge n. 448 del 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.

**Tasso di ospedalizzazione per acuti.**

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Austria	220,0	223,0	225,0	228,0	231,0	234,0	246,0	258,0	264,2	
Belgio	174,0	176,8	177,4	184,3	180,0	180,0				
Danimarca	189,2	192,3	194,8	193,6	188,2	188,1	188,7	189,7		
Finlandia	181,0	188,0	191,0	198,0	200,0	210,0	208,0	203,0	202,0	
Francia	213,0	212,0	209,0	203,0	203,0	203,0	205,0	205,0	204,0	
Germania	178,9	182,5	183,8	186,7	191,5	193,4	196,1	201,0		
Grecia										
Irlanda	144,4	143,0	145,5	145,2	146,2	147,7	145,6	144,3	140,5	
Italia	144,4	150,2	154,1	154,8	157,9	180,3	179,6	175,7		
Lussemburgo	185,0	188,0	185,0	184,0				213,3		
Olanda	102,8	103,1	103,0	104,2	103,1	102,8	101,3	98,8		
Portogallo	107,0	111,0	110,0	113,0	111,0	112,0	116,0	118,6		
Spagna	97,8	100,6	102,9	105,1	106,8	110,0				
Svezia	169,0	173,0	172,0	169,0	162,0	159,0				
Regno Unito	177,0	182,0	190,0	199,0	212,0	214,0				

Fonte OCSE 2001.

Per l'assistenza farmaceutica in base all'accordo dell'8 agosto 2001 recepito dall'articolo 6 commi 1 e 2 del d.l. 18 settembre 2001, n. 347, si prevede un maggiore potere di regolazione da parte delle Regioni delle modalità con cui viene assicurata l'assistenza farmaceutica territoriale<sup>28</sup>.

Con riguardo alla complessa interazione tra le prestazioni sanitarie e quelle sanitarie di rilevanza sociale nelle quali le due componenti non risultano agevolmente distinguibili, è stata individuata una specifica “*Area Integrazione Socio-Sanitaria*”, che assume un rilievo peculiare in relazione alle politiche destinate al sostegno e allo sviluppo dell'individuo e della famiglia e alla razionalizzazione dell'offerta di servizio, assicurando le prestazioni necessarie per la diagnosi, la cura (compresa l'assistenza farmacologica) e la riabilitazione delle persone e in modo particolare nell'infanzia e nella vecchiaia.<sup>29</sup>

Anche in tale area, l'erogazione delle prestazioni - per le quali si è convenuta una percentuale di costo non attribuibile alle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario

<sup>28</sup> In particolare è stato affidato ad esse una facoltà di modulazione della erogazione individuando una fascia di farmaci, preventivamente selezionati dalla CUF, rispetto ai quali le regioni stesse possono decidere misure di co-payment in relazione all'andamento della spesa. Le misure attivabili per il contenimento e la qualificazione dell'assistenza farmaceutica territoriale può comportare un quadro di rilevante difformità dei profili erogativi assicurati ai cittadini, rispetto al quale si ritiene necessario che le Regioni tra loro concordino modalità omogenee di applicazione della citata normativa.

<sup>29</sup> Il riferimento fondamentale, sul piano normativo, è costituito dall'atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione socio-sanitaria di cui al d.P.C.M. 14 febbraio 2001. In materia la precisazione delle linee prestazionali a carico del Servizio Sanitario Nazionale deve tener conto dei diversi livelli di dipendenza o non autosufficienza, anche in relazione all'eventuale utilizzo di Fondi Integrativi. In particolare, per ciascun livello sono individuate le prestazioni a favore di minori, donne, famiglia, anziani, disabili, pazienti psichiatrici, persone con dipendenza da alcool, droghe e farmaci, malati terminali, persone con patologie da HIV.

nazionale - va modulata in riferimento ai criteri dell'appropriatezza, del diverso grado di fragilità sociale e dell'accessibilità. Risultano dunque determinanti le modalità di rilevazione del bisogno e classificazione del grado di non autosufficienza o dipendenza; la valutazione multidimensionale del problema; l'organizzazione della rete delle strutture di offerta<sup>30</sup>.

Correlato rilievo sistematico ed operativo riveste la definizione del *Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria*<sup>31</sup>, adottato dal Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze con d.m. 12 dicembre 2001. Con tale provvedimento viene stabilito un insieme minimo di indicatori e di parametri di riferimento- che possono essere periodicamente aggiornati secondo le modalità previste dal comma 1 dell'articolo 9 del decreto legislativo n. 56 del 2000, finalizzato al monitoraggio, in ciascuna Regione, dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza correlati ai vincoli di bilancio.

Nel provvedimento è opportunamente evidenziato che un utilizzo appropriato dei risultati che emergono dall'applicazione degli indicatori richiede una lettura congiunta e complessiva alla luce anche degli elementi sullo stato di salute e sul contesto socio-ambientale, allo scopo di fornire un'interpretazione integrata delle informazioni riportate sulla base del set di indicatori.

Si assiste in definitiva, in linea con un complesso percorso non solo nazionale, ad una diversa attenzione, sia in sede concertativa che di normazione susseguente, a profili strategici già da tempo segnalati dalla Corte. L'esperienza sin qui registrata di una difficile attuazione di precedenti misure sia finanziarie che strutturali richiede che venga assicurata la effettiva operatività dei livelli di assistenza e del connesso monitoraggio, con il supporto di un adeguato sistema informativo.

#### **4. Istruzione ed università.**

Nel 2001 la riforma del sistema dell'istruzione è stata caratterizzata da una fase di discontinuità rispetto al processo riformatore che ha caratterizzato l'ultimo quinquennio. Ai numerosi provvedimenti normativi e amministrativi applicativi ha fatto seguito, nel corso dell'anno, la riconsiderazione dei processi in corso secondo una diversa impostazione, nella prospettiva della costruzione di un modello sociale equilibrato da raccordarsi con il processo di sviluppo del sistema produttivo italiano.

<sup>30</sup> Sul punto va ricordato quanto già indicato dalle innovazioni introdotte dal d.lgs. n. 502 del 1992 successive modifiche ed integrazioni in materia di autorizzazione ed accreditamento delle strutture socio-sanitarie e, per le strutture socio assistenziali, dalla legge n. 328 del 2000, nonché, per quanto attiene l'organizzazione dei servizi a rete, dai diversi progetti obiettivo.

<sup>31</sup> Decreto del ministero della salute 12 dicembre 2001. Pubblicato nella G.U. 9 febbraio 2002, n. 34, S.O.



Come è noto, nei due anni precedenti si è dato avvio ad un' incisiva riforma dell'ordinamento degli studi universitari, centrata su due principali obiettivi: elevazione del numero e della preparazione dei laureati e dei diplomati; possibilità di confronto dei corsi di studi, per contenuti didattici e durata, con quelli dei Paesi dell'UE. Ciò per consentire ai laureati e diplomati italiani di poter inserirsi proficuamente nel mercato del lavoro e delle professioni.

L'anno 2001 ha visto il primo avvio dei nuovi corsi di laurea triennale e di laurea specialistica. La fase che si sta vivendo è ora quella di un attento monitoraggio per verificare la rispondenza dei nuovi modelli di percorsi didattici, in vista di eventuali adattamenti che dovessero rivelarsi necessari con specifica attenzione per le reali esigenze espresse dal mondo produttivo da coniugarsi con l'evoluzione delle conoscenze e la disponibilità di docenti, di strutture edilizie, di laboratori e biblioteche scientifiche.

La crescente complessità della società impone un processo di sviluppo dell'apprendimento che va ben oltre il periodo scolastico ed universitario sino a comprendere l'intero arco della vita.

Le politiche educative rappresentano uno dei principali fattori di sviluppo e regolazione e sono dirette a consentire un ampliamento delle opportunità individuali di accesso ed a realizzare risultati ed impatti qualitativi visibili nel breve e nel medio termine.

I nuovi sistemi educativi e formativi vanno progressivamente ispirandosi ad una struttura funzionale sempre più orizzontale, centrata su una poliarchia funzionale e istituzionale ispirata alla devoluzione alle Regioni di responsabilità dirette nelle politiche attive del lavoro e della formazione ed all'autonomia delle istituzioni educative.

In tale situazione, una particolare esigenza è l'accertamento della qualità delle prestazioni e dei servizi, e dei risultati "misurabili" nel rapporto individuale con le strutture educative. A questo fine è prevista l'istituzione di organismi istituzionali di valutazione delle politiche e dei programmi di intervento formativo, con un monitoraggio costante sui risultati conseguiti dai soggetti che operano con pubbliche risorse, ivi comprese le singole istituzioni e le agenzie formative ed educative.

Le politiche educative e formative devono rispondere alle esigenze di recuperare situazioni di ritardo culturale del Paese, di contenere i rischi dell'analfabetismo dei giovani, e di ritrovare nuove identità professionali nel nuovo modello educativo, nonché superare le difficoltà conseguenti alla trasformazione dell'università in "università di massa", garantendo nel contempo innovazione ed eccellenza nella didattica e nella ricerca.

Punti nevralgici del complesso processo di trasformazione sono l'autonomia delle istituzioni educative e degli atenei, l'elevamento dell'obbligo formativo a diciotto anni, le

riforme dei cicli scolastici in corso di riconsiderazione, le riforme delle politiche del lavoro, e la riforma curricolare dell'università. Essenziali per la realizzazione dei predetti obiettivi sono la valorizzazione del ruolo dei docenti e dei dirigenti scolastici e la riqualificazione dell'edilizia scolastica ed universitaria.

Le aree funzionali che sono affidate al Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca sono individuate negli articoli 49, 50 e 51 del d.lgs. n. 300 del 1999. Per il primo semestre 2001 sono state assolve da due distinti Ministeri, ora soppressi per effetto delle disposizioni dell'articolo 55 del decreto citato, i cui successivi articoli 75 e 77 hanno disciplinato la nuova configurazione organizzativa degli apparati.

I due Ministeri si sono avvalsi, secondo gli indirizzi definiti dalle norme legislative, dell'autonomia organizzativa loro attribuita e hanno adottato i rispettivi regolamenti organizzativi: il Ministero della pubblica istruzione con d.P.R. 6 novembre 2000 n. 347; il MURST con d.P.R. 1° dicembre 1999 n. 441, mentre il regolamento di organizzazione del nuovo Ministero unitario è in corso di predisposizione.

Le funzioni obiettivo di primo livello sono i servizi generali delle pubbliche amministrazioni, nei quali rientra la ricerca di base, e l'istruzione.

Le funzioni di secondo livello sono la ricerca di base, l'istruzione prescolastica e primaria, l'istruzione secondaria, l'istruzione superiore, l'istruzione non altrimenti classificabile, la malattia ed invalidità, l'esclusione sociale non altrimenti classificabile.

Secondo le risultanze del rendiconto generale dello Stato, le risorse finanziarie destinate alle aree funzionali istruzione e ricerca sono state pari a 92.888 miliardi in termini di stanziamenti definitivi di competenza; i pagamenti totali sono stati pari a 99.874 miliardi.

Esse si riferiscono ai diversi gradi di istruzione scolastica e superiore ed alle attività di ricerca svolte dalle università, dagli enti di ricerca ai quali si applica il d.lgs. n. 204 del 1998; sono, inoltre, consistenti i trasferimenti alle imprese per la ricerca.

Per l'istruzione la relativa gestione è affidata al Ministero pressochè nella sua totalità, mentre, per la ricerca il Ministero non è il solo organo responsabile perché ambiti di grande significato e spessore restano affidati ad altri Ministeri (si ricordano i Ministeri delle politiche agricole e forestali; dell'ambiente e della tutela del territorio; delle infrastrutture e dei trasporti; della salute, delle attività produttive; per i beni e le attività culturali).

#### *4.1 La spesa per l'istruzione.*

La spesa pubblica per l'istruzione nel 2000, secondo dati forniti dal SISTAN, è stata di circa 104.314 miliardi, pari a 53,9 miliardi di euro, che costituisce il 4,6% rispetto al PIL, con

una tendenza ad una stabilizzazione rispetto ai precedenti esercizi. Tale percentuale è inferiore a quella media europea (5,1%) nel 2000.

#### Spesa pubblica per l'istruzione in rapporto al PIL nei Paesi dell'Unione Europea

PAESI	1996	1998	2000
Belgio	5,0	5,2	:
Danimarca	8,2	8,3	:
Germania	4,8	4,7	:
Grecia	3,1	3,5	3,5
Spagna	4,7	4,5	4,5
Francia	5,9	5,9	5,8
Irlanda	5,3	4,8	4,5
<b>Italia</b>	<b>4,9</b>	<b>4,6</b>	<b>4,6</b>
Lussemburgo	4,0	:	:
Paesi Bassi	5,0	4,9	4,9
Austria	6,4	6,3	:
Portogallo	5,5	5,6	:
Finlandia	7,0	6,2	6,0
Svezia	7,6	8,0	8,4
Regno Unito	4,8	4,6	4,9
Islanda	5,3	5,9	:
Norvegia	7,0	7,7	6,6
<b>EU15</b>	<b>5,2</b>	<b>5,0</b>	<b>5,1</b>
Stati Uniti	:	5,0	:
Giappone	:	3,5	:

La spesa per l'istruzione in Italia è al di sotto di quella della maggior parte dei Paesi europei; al di sotto del dato italiano e con percentuale inferiore rispetto alla media europea solo la Grecia (3,5%), la Spagna (4,5%), e l'Irlanda (4,5) e tra quelli con percentuale superiore la Svezia (8,4%), la Norvegia (6,6%), la Finlandia (6%) e la Francia (5,8%).

Le risorse pubbliche destinate al sistema scolastico provengono da diversi soggetti pubblici che intervengono in misura differenziata sulla base delle rispettive competenze.

**Spesa pubblica per l'istruzione-formazione secondo le aree formative.**

In miliardi di lire

Anni	Scuola	Formazione professionale regionale	Università e Ricerca scientifica	Totale
1991	65.019	3.420	9.058	77.497
1992	68.355	3.389	10.005	81.749
1993	68.874	3.492	12.461	84.827
1994	69.634	2.954	10.761	83.349
1995	71.188	3.873	11.946	87.007
1996	75.031	4.317	13.022	92.370
1997	72.241	4.300	14.227	90.768
1998	73.799	4.928	15.808	94.535
1999	74.903	5.721	16.936	97.560
2000 (a)	79.867	5.953	18.494	104.314

In % Prodotto interno lordo (PIL)

1991	4,51	0,24	0,63	5,38
1992	4,50	0,22	0,66	5,38
1993	4,41	0,22	0,80	5,43
1994	4,21	0,18	0,65	5,04
1995	3,98	0,22	0,67	4,87
1996	3,94	0,23	0,68	4,85
1997	3,64	0,22	0,72	4,58
1998	3,55	0,24	0,76	4,55
1999	3,49	0,27	0,79	4,55
2000 (a)	3,54	0,26	0,82	4,62

In % Spesa pubblica totale

1991	8,13	0,43	1,13	9,69
1992	7,95	0,39	1,16	9,51
1993	7,65	0,39	1,38	9,42
1994	7,75	0,33	1,20	9,28
1995	7,49	0,41	1,26	9,16
1996	7,46	0,43	1,29	9,18
1997	7,17	0,43	1,41	9,00
1998	7,21	0,48	1,54	9,23
1999	7,21	0,55	1,63	9,39
2000 (a)	7,63	0,57	1,77	9,97

*(a) dati provvisori*

Fonti: per la spesa della scuola e della formazione professionale elaborazioni MIUR-S.A.I.I.T. Uff. VI (Ufficio di Statistica); per la spesa dell'università MIUR-ufficio di statistica dell'Università e Ricerca Scientifica.

Il settore della scuola, nell'ambito dell'area scuola-formazione regionale-università, ha avuto nel corso del decennio la maggiore incidenza di spesa, peraltro in contrazione. Difatti, la percentuale di spesa rispetto al PIL è passata dal 4,5% al 3,5%; le diminuzioni più significative sono state registrate negli anni 1994-1995 e 1996-1997.

La popolazione scolastica negli anni '90 ha continuato a diminuire (-851.000 unità nella scuola pubblica tra il 1991 ed il 2000). La spesa per studente a prezzi costanti si è mantenuta sostanzialmente stabile, intorno ai 10 milioni di lire; tale spesa è calcolata dividendo la spesa

pubblica imputabile a prestazioni di servizi presso le scuole pubbliche con il numero degli alunni delle scuole pubbliche, compresi gli studenti delle Accademie e Conservatori di musica.

Per la formazione regionale le variazioni annuali di segno positivo e negativo si sono susseguite in modo alternato; per l'istruzione universitaria l'indice ha registrato annualmente una lieve ma costante crescita, ad eccezione del calo subito nel 1994, al pari degli altri settori formativi.

Il prospetto che segue pone a confronto i valori assoluti e gli indici percentuali espressi dalle risorse assegnate negli anni 1999, 2000 e 2001 ai diversi gradi di istruzione in rapporto alla dotazione globale della funzione istruzione: 78.381 mld nel 1999, 80.868 mld nel 2000 e 84.105 mld nel 2001.

#### Stanziamenti definitivi

(in miliardi di lire)

Gradi di istruzione	1999		2000		2001	
	V.A.	%	V.A.	%	V.A.	%
scuola materna	5.713	7,3	5.961	7,4	6.596	7,9
scuola elementare	18.912	24,1	20.472	25,3	21.723	25,8
scuola media	17.019	21,7	16.281	20,1	16.330	19,4
scuola secondaria superiore	21.702	27,7	22.653	28,0	22.873	27,2
istruzione superiore	13.649	17,4	14.147	17,5	15.541	18,5
istruzione non altrimenti classificabile	1.386*	1,8	1.354**	1,7	1.042***	1,2
<b>TOTALE</b>	<b>78.381</b>	<b>100,0</b>	<b>80.868</b>	<b>100,0</b>	<b>84.105</b>	<b>100,0</b>

\*1.386 di cui 665 miliardi a carico del Ministero del tesoro per interventi di edilizia scolastica

\*\*1.354 di cui 876,2 mld a carico del Ministero del tesoro relativi, per 626,2 mld ad interventi di edilizia scolastica e 250 mld relativi alla programmazione ed al monitoraggio delle politiche dell'istruzione.

\*\*\*1.042 di cui 733 mld relativi ad interventi di edilizia scolastica, 24 mld destinati alla predisposizione dei piani e della legislazione delle politiche per l'istruzione e relativo monitoraggio e 285 mld per spese connesse all'autonomia scolastica.

#### 4.2 La valutazione del sistema dell'istruzione.

Nel rapporto sul sistema dell'istruzione per il 2001 sono state svolte, dall'Istituto Nazionale per la Valutazione del sistema dell'Istruzione, analisi dirette ad una valutazione della produttività e l'efficacia del sistema scolastico, in stretta connessione con lo sviluppo del sistema economico del Paese. E' stato avviato un progetto (ASPIS) per la costruzione di un conto di finanziamento delle risorse finanziarie destinate al sistema scolastico e per la stima dei costi delle scuole nel confronto tra costi sostenuti e risultati scolastici.

Dai risultati di un indagine svolta dall'ISTAT nel 2001 sulla qualità dell'istruzione negli istituti scolastici tenendo conto del grado di soddisfazione dell'utente, dell'ambiente educativo, del contesto sociale di riferimento e delle caratteristiche del processo organizzativo e didattico, è emerso un giudizio complessivamente positivo del proprio istituto scolastico da parte dei

sue contraddizioni e la sua complessa stratificazione sociale e che assume particolare rilevanza la rilevazione delle esigenze dell'utenza in un sistema di comunicazione interattiva che sia idoneo a rilevare esigenze, aspettative e fabbisogni sociali differenziati.

#### *4.3 Monitoraggio e valutazione del sistema universitario.*

Nel 2001 l'apposito Comitato, che si configura essenzialmente come un'agenzia che svolge un servizio di assistenza tecnica per il Ministero, ha svolto analisi relative ai termini dell'offerta formativa resa disponibile dagli atenei ed alla definizione dei criteri di assegnazione delle risorse finanziarie.

Le analisi sono state destinate alla definizione dei criteri di riparto del fondo di finanziamento ordinario compresa la quota di riequilibrio; alla programmazione del sistema universitario; all'attivazione di un sistema di accreditamento dei corsi di studio; all'individuazione di requisiti minimi di risorse per i corsi di studio.

I risultati di tali analisi possono contribuire a realizzare una comparabilità dell'offerta didattica dei singoli atenei anche nei suoi termini qualitativi e di risultato (numero laureati e riuscita professionale), ed un utile opportunità di orientamento per gli studenti.

Già nel decreto di assegnazione delle risorse del Programma sistema universitario 2001-2003 viene tenuto conto di tali analisi ed è stata prevista la presentazione entro il 2002, da parte del predetto Comitato, di una relazione tecnica sull'assetto del sistema universitario idonea a consentire la valutazione dei possibili interventi di razionalizzazione del sistema universitario nell'ambito del Programma Sistema universitario 2004-2006.

L'anno scolastico 2000/01 è caratterizzato da una previsione di incremento della popolazione scolastica per effetto dell'innalzamento dell'obbligo e dell'ulteriore espansione della scuola materna statale. È anche l'anno della prima applicazione - più formale che sostanziale - della legge sulla parità scolastica che potrebbe determinare processi gradualmente di passaggio di alunni dalle scuole a gestione statale a quelle riconosciute paritarie con nuovo sostegno finanziario dello Stato.

## 4.4 Utenti istruzione scolastica e universitaria.

Se si considera l'insieme dei diversi ordini di scuola, si può avere un quadro più organico della consistenza del numero di iscritti nel corso del triennio 1998-2001.

**Scuola materna statale – Bambini**

Aree geografiche	a. s. 1998/1999	a. s. 1999/2000	a. s. 2000/01
Nord Ovest	166.857	172.260	177.388
Nord Est	85.424	88.091	91.661
Centro	211.018	212.873	215.764
Sud	310.215	305.586	305.761
Isole	143.909	146.596	145.444
<b>Totale nazionale</b>	<b>917.423</b>	<b>925.406</b>	<b>936.018</b>

Fonte: MIUR - Servizio per l'Automazione Informatica e l'Innovazione Tecnologica

**Scuola elementare – Alunni**

Aree geografiche	a. s. 1998/1999	a. s. 1999/2000	a. s. 2000/01
Nord Ovest	573.914	574.969	578.246
Nord Est	370.318	373.317	377.374
Centro	525.846	525.026	526.059
Sud	734.807	722.740	707.933
Isole	383.840	377.526	369.441
<b>Totale nazionale</b>	<b>2.588.725</b>	<b>2.573.578</b>	<b>2.559.053</b>

Fonte: MIUR - Servizio per l'Automazione Informatica e l'Innovazione Tecnologica

**Scuola secondaria I grado – Alunni**

Aree geografiche	a. s. 1998/1999	a. s. 1999/2000	a. s. 2000/01
Nord Ovest	348.872	350.904	354.836
Nord Est	224.322	224.605	229.562
Centro	345.345	344.869	347.029
Sud	501.384	500.375	494.532
Isole	263.537	261.687	258.596
<b>Totale nazionale</b>	<b>1.683.460</b>	<b>1.682.440</b>	<b>1.684.555</b>

Fonte: MIUR - Servizio per l'Automazione Informatica e l'Innovazione Tecnologica

**Istituti d'istruzione secondaria II grado – Alunni**

Aree geografiche	a. s. 1998/1999	a. s. 1999/2000	a. s. 2000/01
Nord Ovest	488.809	495.784	500.111
Nord Est	335.200	335.635	337.733
Centro	544.057	542.522	542.525
Sud	657.167	660.316	670.244
Isole	325.342	326.551	331.541
<b>Totale nazionale</b>	<b>2.350.575</b>	<b>2.360.808</b>	<b>2.382.154</b>

Fonte: MIUR - Servizio per l'Automazione Informatica e l'Innovazione Tecnologica

Con riferimento all'istruzione universitaria gli iscritti ai corsi di diploma e di laurea risultano:

In corso		Fuori corso		Totale		Immatricolati	
totale	di cui donne	totale	di cui donne	totale	di cui donne	totale	di cui donne
998.614	558.385	688.623	379.110	1.687.237	937.495	295.518	162.073

Fonte: MIUR - Servizio per l'Automazione Informatica e l'Innovazione Tecnologica

#### 4.5 Istituzioni scolastiche e istituti universitari.

Nell'anno scolastico di avvio formale dell'autonomia (2000-01), le istituzioni scolastiche rappresentano l'indicatore sul quale misurare e connotare l'azione di ridefinizione del sistema scolastico nei suoi aspetti costitutivi. Nell'arco del biennio che ha preceduto il concreto avvio del sistema dell'autonomia scolastica, le unità amministrative preposte all'organizzazione del servizio scolastico (direzioni didattiche, presidenze di scuole secondarie di I grado e di istituti secondari di II grado) sono state dimensionate, ai sensi del d.P.R. 18 giugno 1998, n. 233. Il dimensionamento è servito a ridisegnare la rete complessiva delle scuole, a dare assetto razionale al territorio suddiviso in ambiti funzionali, ad elevare i livelli organizzativi delle scuole a parametri significativi. Sono state costituite nuove unità amministrative - denominate uniformemente istituzioni scolastiche - comprensive, in orizzontale, di scuole del medesimo ordine oppure comprensive, in verticale, di scuole di ordine diverso o di diversa tipologia. Per la fascia dell'obbligo si sono costituiti, oltre alle tradizionali direzioni didattiche e presidenze di scuola media, anche istituti comprensivi di scuole elementari e medie. Per la fascia della secondaria l'aggregazione di istituti di tipologie diverse ha dato luogo a istituti polo denominati "istituti superiori".