

## CAPITOLO V

### LA PRESENZA ED IL RUOLO DEGLI ENTI LOCALI NEI VARI SETTORI DI INTERVENTO PUBBLICO

#### 1. Premessa sistematica e metodologica

Nel riferire sul risultato dell'esame condotto sul buon andamento dell'azione amministrativa nei settori di competenza (propria, attribuita o delegata) degli enti locali, in conformità al disposto dell'art. 13, quinto comma, della legge 26 febbraio 1982 n. 51, la Sezione dà esecuzione al piano delle rilevazioni deliberato nell'adunanza del 27 luglio 1990 - laddove esso prevede espressamente un più approfondito esame sulle "forme organizzative dei servizi" in relazione alle diversificate "esigenze operative" degli enti, con ricorso a "rilevazioni anche di natura non finanziaria" - ed in pari tempo persegue la linea istruttoria, deliberativa e referente che negli ultimi anni è stata sempre orientata a dare il dovuto rilievo ai comportamenti amministrativi nei loro vari aspetti (giuridico-normativo, organizzatorio, funzionale, economico-aziendalístico, finanziario-contabile).

Il sopravvenire della legge 8 giugno 1990 n. 142 di ordinamento delle autonomie locali ha spinto la sezione ad accentuare vieppiù la propria attività tanto istruttoria quanto di accertamento (prevalentemente interpretativo) in relazione ai concreti comportamenti gestionali degli enti, tenuto conto del particolare rilievo che quella legge conferisce alle modalità operative (basti il riferimento all'articolata previsione di differenziate forme gestionali dei pubblici servizi, all'introduzione di

un istituto nuovo quale l'accordo di programma e più in generale alla programmazione di bilancio, ora estesa a tutti gli enti, previo coordinamento con quella regionale) ed al mutato quadro dei controlli, caratterizzato dal potenziamento dei controlli interni con la loro estensione dall'ambito puramente finanziario-contabile a quello economico (art. 55, sesto comma) e di buon andamento della gestione (art. 57, sesto comma).

Conseguentemente, mentre si è proseguito nel dare risalto ad aree amministrative di carattere contrattuale, un'attenzione maggiore è stata portata dalla Sezione da un lato alle forme organizzative dei servizi ed alle relative problematiche in rapporto anche al più generale dibattito politico ed alle difficoltà incontrate dagli enti sul concreto piano operativo, dall'altro alla "presenza" degli enti stessi nei vari settori d'intervento, nei quali essi sono chiamati ad esplicare la loro azione amministrativa sia per originaria competenza (funzioni proprie), sia in forza di atti legislativi attributivi o di delega di funzioni (art. 2, quinto comma, legge n. 142 citata).

Sulla base di tali criteri e linee programmatiche la Sezione ha individuato una serie di aree d'intervento, desumibili per le amministrazioni provinciali dalla puntuale elencazione fattane dall'art. 14, primo comma, e per quelle comunali dalla previsione per grandi settori di cui all'art. 9, primo comma, della legge n. 142 del 1990, mentre per quanto concerne le funzioni delegate dalle regioni è stato fatto riferimento ai settori di competenza di queste ultime, elencate all'art. 117 della Costituzione.

Per ciascuna delle anzidette aree d'intervento l'istruttoria - la cui estensione nel tempo è ovviamente differenziata in relazione alla più o meno estesa base normativa, ai più o meno onerosi compiti amministrativi rimessi agli enti locali competenti, alla maggiore o minore diversificazione delle modalità gestionali,

**ecc... - la Sezione ha avviato un esame analitico, articolato nei seguenti, specifici aspetti:**

- a) quadro normativo statale e regionale; ivi compresi gli eventuali atti di programmazione dell'intervento;**
- b) quadro finanziario;**
- c) quadro organizzativo (strutture e personale);**
- d) attività decisionale degli enti locali;**
- e) risultati dell'azione amministrativa nei suoi aspetti giuridici ed economici, quantitativi e qualitativi.**

Di ciascuna istruttoria non può chiaramente prevedersi non tanto la conclusione - giacché l'attività di accertamento della Sezione ha, per sua stessa natura, carattere continuativo e di costante aggiornamento -, quanto il momento del conseguimento di risultati rilevanti sotto il profilo referente, sì che essi possano costituire oggetto di utile informazione delle Camere.

Le singole indagini vengono condotte sia attraverso l'esame della documentazione già disponibile (conti consuntivi, certificati a preventivo ed a consuntivo e altre risultanze), sia ricorrendo all'acquisizione di dati e notizie con la collaborazione, a norma di legge, degli organi statali e regionali competenti e degli stessi enti locali interessati.

Per il 1991 la Sezione è in grado di riferire in modo compiuto in ordine alle seguenti aree specifiche del pubblico intervento affidato alle corrispondenti funzioni degli enti locali:

- a) gestione dei servizi locali di trasporto pubblico;**
- b) interventi nel campo dell'edilizia sportiva e delle connesse infrastrutture, in attuazione di leggi speciali.**

La Sezione ha inoltre avviato una indagine specifica sulla evoluzione normativa e sul quadro finanziario del settore della sanità, propedeutica a successivi approfondimenti sugli aspetti gestionali delle unità sanitarie locali.

In questa sede si ritiene utile riportare il risultato di tale indagine preparatoria, in vista di auspiccate più puntuali indicazioni legislative in ordine all'esame delle contabilità di detti enti.

Delle anzidette aree d'intervento si riferisce nei paragrafi che seguono, con l'avvertenza che la relazione sul trasporto pubblico locale, per il carattere generale dell'indagine e per l'estensione del testo, costituisce oggetto di separata trattazione (volume II della Relazione).

## **2. Sintesi sul trasporto pubblico locale**

**2.1** Il costante incremento della mobilità sta facendo assumere rilevanza sempre più marcata ai problemi connessi al trasporto locale, non solo in ambito delle aree urbane e metropolitane, ma anche in bacini di traffico di limitata estensione.

Conseguentemente, la crescente domanda del servizio di trasporto da parte delle popolazioni - il più delle volte concentrato in ristrette aree - si indirizza decisamente verso l'utilizzazione dei vari modi di trasporto pubblico collettivo, anche perchè l'indiscriminato uso del mezzo privato rende sempre più caotico il traffico urbano, con accertati danni sia per la salute (inquinamento atmosferico ed acustico, intrusione visiva, stress, etc.) sia per l'economia individuale e collettiva.

Ne deriva che gli operatori pubblici e privati del settore devono poter assicurare un efficiente servizio di trasporto collettivo, che comporta comunque costi elevati, sui quali incidono enormemente l'organizzazione e la gestione delle

aziende. Inoltre, esso richiede anche un'oculata programmazione di interventi finalizzati mediante l'utilizzazione delle necessarie cospicue risorse finanziarie, provenienti non solo dai bilanci degli enti pubblici interessati, ma anche dalle partecipazioni sottoscritte da soggetti privati, secondo una recente affermata tendenza evolutiva.

In tale contesto va inserita la copiosa produzione normativa posta in essere a partire dal 1912 (regio decreto 9 maggio 1912, n. 1447) e sino alla più recente legge 15 dicembre 1990, n. 385 recante disposizioni in materia di trasporto.

Assume particolare rilievo, ai fini della riorganizzazione dell'intero settore, e di indirizzo gestionale, la legge 10 aprile 1981, n. 151, con la quale il legislatore fissa i principi cui le regioni a statuto ordinario devono attenersi per conseguire la ristrutturazione ed il potenziamento dei trasporti pubblici locali ed istituisce anche il fondo nazionale per il ripiano dei disavanzi di esercizio e per gli investimenti nel settore.

Purtroppo il principale obiettivo prefissato dalla legge, che era quello di conseguire entro un quinquennio l'equilibrio economico delle gestioni, non è stato conseguito e pertanto si è reso necessario un nuovo intervento del legislatore.

Infatti, con il decreto-legge 4 marzo 1989, n. 77, convertito dalla legge 5 maggio 1989, n. 160 sono state poste le basi per predeterminare in modo omogeneo le modalità di intervento pubblico, quantificato sulla base del servizio reso e su di un attento esame dei fatti economici aziendali.

Si è inteso così assicurare un efficiente trasporto pubblico locale, attraverso un attento esame della domanda e dell'offerta sulle singole linee ed erogare i contributi politici solo se finalizzati al risanamento della gestione aziendale ed evitando che servizi sovvenzionati vengano in concorrenza fra loro negli stessi

bacini di traffico, delimitati dalle regioni a seguito dell'elaborazione di distinti piani regionali dei trasporti.

**2.2** La programmazione in ambito regionale, prevista peraltro già con la legge n. 151 del 1981, rappresenta un nuovo strumento evolutivo del settore, confermandosi a quanto viene prospettato in campo nazionale, i cui processi di programmazione si evolvono verso piani triennali di pianificazione degli investimenti.

Tuttavia, pur attribuendo massima rilevanza alla programmazione dei trasporti locali, deve rilevarsi che non tutte le regioni sono apparse sensibili alla tematica, tant'è che il legislatore ha ritenuto di riconoscere al Ministro dei trasporti il potere sostitutivo nei confronti delle regioni che entro il 1989 non abbiano definito il proprio piano regionale ed i relativi bacini di traffico (art. 1 decreto-legge n. 77 del 1989).

Allo stato attuale, però, tutte le regioni hanno ormai avviato le procedure di elaborazione ed approvazione dei piani di trasporto, ma i cui relativi iter vengono a trovarsi in fasi diverse.

Hanno un loro piano regionale dei trasporti esecutivo 8 regioni: Valle d'Aosta, Piemonte (che sta elaborando anche il 2° P.R.T.), Lombardia, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Toscana ed Umbria.

Hanno approvato il P.R.T. le giunte delle regioni: Liguria, Marche, Molise, Abruzzo, Campania, Puglia, Basilicata e Sardegna.

La Sicilia ha il piano completamente elaborato, ma non risulta ancora approvato.

Infine, il P.R.T. è in elaborazione presso: province autonome di Bolzano e Trento, Lazio e Calabria.

E' interessante notare che quasi tutte le regioni hanno fatto ricorso a società di consulenza per l'elaborazione dei piani, sotto il coordinamento degli uffici regionali, ad eccezione della Valle d'Aosta, Lombardia ed Umbria i cui piani sono stati predisposti dai competenti assessorati.

I piani elaborato finora dalle singole regioni sono coerenti con il Piano generale dei trasporti, voluto dalla legge 15 giugno 1984, n. 245 e fanno riferimento allo schema di piano generale dei trasporti approvato con D.P.C.M. del 10 aprile 1986.

Nei piani viene innanzitutto individuato un metodo di pianificazione permanente per l'individuazione degli obiettivi e degli strumenti operativi. Inoltre sono indicati i criteri generali per l'ottimizzazione delle risorse, definiti i confini ed il numero dei bacini di traffico all'interno del territorio regionale, individuati i criteri per l'istituzione di eventuali servizi interbacino ed interregionali, ivi comprese le integrazioni fra le varie modalità di trasporti.

Particolare importanza è data, come è ovvio, all'organizzazione delle imprese pubbliche di gestione ed alla previsione delle spese di gestione e a quelle di investimento, individuandone le fonti di finanziamento.

Tutto il processo non può prescindere dalle analisi del territorio, dalla mobilità e dalle infrastrutture esistenti, nonché dall'impatto ambientale che può derivare dalla realizzazione di nuove opere.

Affinché i piani possano poi giungere a concretezza, è necessario pervenire ad uno stretto coordinamento fra le singole amministrazioni regionali, gli organi centrali statali e gli enti pubblici coinvolti nel settore trasporto, nonché fra le regioni confinanti.

Ma va innanzitutto evidenziata la stretta dipendenza dei piani regionali dei trasporti, sotto il profilo attuativo, dai flussi finanziari di origine statale. Infatti, nei piani programmati emerge un dato inconfutabile che avvalorata la tesi suesposta.

I fabbisogni residui di piano (alias ricorso ai contributi statali) hanno un'incidenza sul valore complessivo degli investimenti previsti che varia dal 31,4% del Friuli-Venezia Giulia all'81,3% della Campania e a voler disaggregare detti fabbisogni fra le varie modalità di trasporto si rileva che per le strade è destinato il 44,8% delle risorse disponibili, mentre il 45,3% va alle ferrovie, il 4,6% al settore portuale e solo il 2,2% per l'intermodalità.

**2.3** Il vero nodo da sciogliere per rendere efficiente il sistema di trasporto locale è quello del reperimento delle ingenti risorse finanziarie da esso costantemente richiesto.

Nel settore pubblico la situazione finanziaria delle aziende di trasporto presenta un rilevante squilibrio nella gestione economica; esso deriva dagli elevati costi di esercizio (con un'incidenza media delle spese per il personale pari al 73%) a fronte di modesti proventi del traffico (nei casi limite, si è nell'ordine dell'8-10%) con conseguente inevitabile ricorso ai finanziamenti pubblici.

Dall'esame dei dati, riferiti al 1987 ed elaborati dal Ministero dei trasporti - Direzione generale della programmazione organizzazione e coordinamento - risulta che per il servizio urbano sono stati sostenuti oneri per complessivi 3.532.718 milioni di lire, mentre i ricavi di gestione hanno raggiunto 893.252 milioni di lire, di cui 769.369 quali prodotti del traffico.

Per lo stesso anno per il servizio extraurbano sono stati spesi 3.406.928 milioni di lire, dei quali 830.265 milioni di lire dal traffico.



Se ne deduce facilmente che i deficit dei bilanci aziendali non possono che essere coperti con i trasferimenti erariali.

Non diversa appare la situazione del servizio di trasporto con metropolitane, laddove a fronte di spese correnti pari a 330.128 milioni di lire, corrispondono prodotti del traffico per 114.454 milioni di lire, con contributi concessi alle aziende di trasporto pari a 194.959 milioni di lire.

Il problema ha trovato fino al 1986 soluzione mediante l'accollo da parte dell'erario dei disavanzi di gestione, così come disciplinato dalla citata legge n. 151 del 1981, che avrebbe dovuto portare nell'arco di un quinquennio ad un effettivo equilibrio gestionale, mediante l'utilizzazione per i ripiani dei deficit di esercizio di un apposito "fondo nazionale trasporti".

Tuttavia, le sempre più ridotte risorse finanziarie pubbliche destinate al trasporto locale, nonché una politica tariffaria al ribasso non sempre giustificabile ed il rilevante incremento dei costi, sono stati i fattori che in pratica non hanno permesso di attuare, nei tempi previsti, il concreto risanamento finanziario delle gestioni.

Perdurando l'indisponibilità delle risorse nel bilancio statale, la situazione non poteva che aggravarsi, tanto da indurre il legislatore, peraltro sollecitato dall'Associazione nazionale dei comuni italiani, ad intervenire nuovamente.

In effetti con l'art. 2 del decreto-legge 31 ottobre 1990, n. 310 si ipotizzano due distinte possibilità di intervento per finanziare le perdite di gestione maturate nel periodo 1987/1990.

Il primo intervento consiste nella facoltà da parte degli enti locali di accendere mutui, al di fuori della Cassa depositi e prestiti e senza alcun intervento statale, rimanendo a carico del bilancio degli enti tutti gli oneri di ammortamento. Tuttavia è pure sancito che l'accensione dei mutui è condizionata alla presentazione

di un rigoroso piano di risanamento economico-finanziario delle aziende, con la previsione di pervenire all'equilibrio dei bilanci entro il termine perentorio del 31 dicembre 1996.

L'altro tipo di intervento si concretizza con le ventilate dismissioni patrimoniali a copertura dei deficit aziendali.

I due suesposti rimedi, in effetti, si sono rilevati di difficile attuazione pratica e non è azzardato prevedere che ben difficilmente potranno produrre consistenti risultati.

Poiché il deficit complessivo delle gestioni ha raggiunto nel 1990 i 5.000 miliardi di lire, sembra illusorio ipotizzare che il consolidamento di tale debito possa trovare capienza per l'ammortamento nell'ambito dei bilanci comunali.

Della difficile situazione si è fatto interprete il Ministero dell'interno che ha formulato la proposta di ammettere all'accollo da parte dello Stato degli oneri di ammortamento dei mutui contratti dagli enti locali per il ripianamento finanziario di bilancio. L'ipotesi in questione potrebbe trovare accoglimento, previo accordo con i ministeri competenti, nel programma pluriennale economico 1992/1994.

Poiché le risorse finanziarie destinate al trasporto pubblico locale hanno subito, in ambito di bilancio statale, consistenti riduzioni, non resta che far ricorso a nuove ipotesi per risolvere lo spinoso problema del risanamento della gestione delle aziende del settore.

In concreto a tale finalità corrisponde, seppur in parte, la legge 12 dicembre 1990 , n. 385 che ha dettato nuovi criteri in materia di trasporti pubblici.

Se è vero che le norme, in essa contenute e rivolte alle gestioni governative commissariali, fissano il limite di spesa sulla base del preventivo finanziario predisposto su elementi obiettivi, avendo anche presente i criteri in base ai quali sono ripartite le sovvenzioni di esercizio alle ferrovie concesse all'industria privata,

è altrettanto inconfutabile che la precitata legge indica nuovi rimedi volti a conseguire il ripianamento dei bilanci.

Innanzitutto essa fissa un limite pari al 70% della spesa totale di esercizio, oltre il quale non possono eccedere gli oneri diretti ed indiretti sostenuti per il personale.

Inoltre, sulla base dei criteri individuati dal Ministro dei trasporti, l'attività delle gestioni governative deve conformarsi ai principi di imprenditorialità ed efficienza, responsabilizzando direttamente gli organi di direzione della gestione.

Infine, per contenere in parte il dissesto finanziario, è previsto che annualmente vengano aggiornate le tariffe di trasporti delle persone.

Mentre decisamente innovativo appare l'art. 2 della citata legge n. 385 del 1990, che prevede la costituzione di società per azioni, a prevalente capitale pubblico per la gestione di tratte ferroviarie di interesse regionale e per quelle attualmente esercite dalle gestioni commissariali governative.

Al di là delle obiettive difficoltà che possono insorgere nel dare pratica attuazione alla nuova disciplina, si delinea con chiarezza un progressivo disimpegno diretto da parte dello Stato, ma con effettiva possibilità di un reale risanamento, attraverso l'eventuale partecipazione di capitale privato alla gestione delle aziende di settore, analogamente a quanto da tempo disposto per l'ente Ferrovie dello Stato.

Per concludere non può non rilevarsi che nel settore occorre che venga emanata una più esauriente ed organica disciplina, la quale non solo fissi i criteri di gestione, quali possono essere l'efficienza e l'economicità, ma determini anche i principi in base ai quali lo Stato possa intervenire con eventuale assegnazione dei contributi richiesti.

Nell'allegato alla presente relazione è data contezza dell'analisi più ampia ed informata sul trasporto pubblico locale, con particolare rilievo dato:

- alla legislazione vigente in materia;
- al trasporto pubblico collettivo su strada;
- al trasporto pubblico di viaggiatori su strada su linee di interesse generale;
- alle ferrovie in concessione ed in gestione governativa.

### **3. Edilizia sportiva ed infrastrutture connesse. Attuazione di piani costruttivi previsti in leggi speciali**

#### **3.1 Legge 6 marzo 1987, n. 65, e realizzazione degli stadi per i campionati mondiali di calcio 1990**

L'evento del campionato mondiale di calcio, che avrebbe dovuto svolgersi in Italia durante il periodo giugno-luglio 1990, diede avvio fin dal 1986 ad una serie di leggi speciali di programmazione volte a sostenere la predisposizione delle strutture e delle infrastrutture connesse a tale manifestazione avente carattere internazionale.

La ricaduta della concreta attuazione dei campionati internazionali di calcio si è verificata comunque su territori e strutture gestiti dai comuni.

Furono individuate nell'anno 1987 dodici aree nelle quali sarebbero state organizzate le manifestazioni sportive e ciascuna area doveva essere dotata, in via primaria, di uno stadio per il gioco del calcio rispondente alla normativa internazionale dettata dalla FIFA, fatta attuare in Italia tramite il Comitato organizzazione locale.

Le dodici aree furono individuate con epicentro nei comuni di Bari, Bologna, Cagliari, Firenze, Genova, Milano, Napoli, Palermo, Roma, Torino, Udine, Verona.

La prima fase prevedeva la ristrutturazione o la costruzione di nuovi stadi in conformità alle norme internazionali: doveva essere anche verificata e curata la rispondenza alla normativa nazionale sulla sicurezza dei luoghi di spettacolo; gli stadi destinati alle finali dovevano essere dotati di copertura parziale per consentire in qualunque condizione climatica lo svolgimento delle gare conclusive.

Per undici dei dodici stadi l'ente costruttore sarebbe stato l'amministrazione comunale, mentre, per Roma, lo stadio Olimpico sarebbe stato ristrutturato dal CONI, che da lunga data ne ha la concessione e la gestione.

La prima fase del programma trovò regolamentazione nel decreto-legge 3 gennaio 1987, n. 2, convertito con modificazioni dalla legge 6 marzo 1987, n. 65, disponendo di una previsione di spesa di 400 miliardi di lire destinati per lo più all'ammodernamento degli stadi, salvo due programmi per nuove costruzioni (Torino e Bari).

L'intervento dello Stato era diretto a trasferire agli enti interessati, undici comuni più il CONI, (per l'occasione appositamente autorizzato ad accedere al mutuo presso la Cassa depositi e prestiti) le risorse strettamente necessarie per l'adeguamento degli stadi alla specifica manifestazione internazionale, ferma restando la scelta di ogni singolo ente, nell'ambito della propria autonomia, di investire ulteriori risorse proprie per migliorare gli impianti, adeguandoli anche alle esigenze del campionato di calcio nazionale e alla rilevanza delle squadre cittadine.

Per effetto dello stanziamento previsto dalla citata legge n. 65 del 1987 e del conseguente decreto ministeriale del 22 maggio 1987, la Cassa depositi e prestiti è stata autorizzata ad erogare mutui ventennali, per interventi nei comuni

sedi dei campionati mondiali di calcio, per un importo di 392 miliardi di lire secondo quanto riportato nel prospetto V/1 del volume degli allegati.

E' da tener presente che nel finanziamento di cui al decreto ministeriale 22 maggio 1987 sono riportati anche gli investimenti per i servizi stampa ammontanti a 3 miliardi di lire per ciascuno degli undici comuni, più 8 miliardi di lire per il CONI (Olimpico di Roma).

A fronte di tale disponibilità, la Cassa ha dato adesioni pari a 389,6 miliardi, utilizzando in tal modo lo stanziamento, riferito agli stadi, quasi per intero.

Nel 1987 le concessioni di mutuo fatte dalla stessa Cassa furono nove, per un importo globale di 146 miliardi di lire, pari al 37,4% delle adesioni; negli anni 1988, 1989 e 1990 l'erogazione dei mutui da parte della Cassa depositi e prestiti ha raggiunto complessivamente 375,3 miliardi, pari al 95% delle adesioni.

L'assunzione dei mutui presso la Cassa depositi e prestiti è avvenuta mediante delibera comunale (o del CONI per lo stadio Olimpico di Roma) e quindi i mandati di pagamento sulla Cassa depositi e prestiti sono stati spiccati dagli enti anzidetti; mentre all'operazione di ammortamento, fino al limite dell'importo sopra indicato, ha provveduto e provvederà il Ministero del turismo e dello spettacolo, di concerto con quello del tesoro-Ragioneria generale dello Stato.

Fino al 1989 sono state corrisposte rate per ammortamento mutui di 56,2 miliardi di lire; i mutui anzidetti hanno durata ventennale.

L'art. 1, sesto comma, della predetta legge n. 65 del 6 marzo 1987 aveva destinato inoltre 70 miliardi di lire in conto capitale per l'adeguamento delle infrastrutture connesse e strettamente funzionali agli interventi sugli stadi.

Con decreto ministeriale 20 giugno 1987 la somma sopra indicata fu ripartita secondo gli importi indicati nella colonna 2 del prospetto V/3 del volume degli allegati.

Inoltre, al fine di definire un piano organico di interventi straordinari nel settore dei servizi tecnologici, con decreto-legge 4 novembre 1988, n. 465, convertito con modificazioni, nella legge 30 dicembre 1988, n. 556 (art. 4), fu prevista la possibilità, per gli enti che stavano realizzando gli stadi, di attingere risorse finanziarie fino alla somma di 35 miliardi di lire, presso la Cassa depositi e prestiti per la concessione di mutui ventennali con ammortamento a totale carico dello Stato.

La norma è stata attuata con decreto ministeriale 24 febbraio 1989, secondo il piano finanziario di assegnazione indicata alla colonna 3 del medesimo prospetto V/1 del volume degli allegati.

Da tale prospetto risulta che l'intervento globale dello Stato, a favore degli enti realizzatori delle opere di ristrutturazione o nuova realizzazione degli stadi di calcio, ammonta complessivamente a 427,64 miliardi di lire di mutui ventennali con ammortamento a carico dello Stato stesso più 66,5 miliardi in parte trasferiti ed in parte da trasferire, in conto capitale.

Ciascun ente comunale (ed anche il CONI per l'Olimpico), ha previsto un proprio intervento diretto, a copertura dei maggiori oneri incontrati durante la realizzazione delle opere, e pertanto il costo rilevabile dai certificati finali esaminati dalle Commissioni di collaudo è quello riportato nel prospetto V/1 del volume degli allegati; in tale prospetto nell'ultima colonna sono indicate le riserve d'impresa, che dopo gli atti di collaudo confluiranno nel contenzioso riservato a collegi arbitrali ed eventualmente alla magistratura ordinaria, salvo accordi transattivi. Al momento costituiscono soltanto un dato indicativo di costi futuri.

In relazione alle risultanze del prospetto V/1 del volume degli allegati si rileva quanto segue:

- a) il contributo in conto capitale di cui è cenno nel prospetto alla seconda colonna, se utilizzato per infrastrutture esterne allo stadio, non è stato considerato nel costo dello stadio;
- b) **Bari:** i 7 miliardi concessi come contributo in conto capitale sono stati utilizzati per opere di viabilità (parcheggi, ecc...) - strettamente funzionali allo stadio;
- c) **Bologna:** il contributo in conto capitale è stato utilizzato per le piscine e strutture esterne;
- d) **Genova:** sono inclusi solo parzialmente, fino all'importo di 7 miliardi, i costi per la copertura del torrente Bisagno;
- e) **Milano:** il contributo in conto capitale è stato utilizzato per infrastrutture esterne;
- f) **Napoli:** il contributo in conto capitale è stato parzialmente utilizzato per infrastrutture esterne e parte interne;
- g) **Torino:** per lo stadio di Torino vi è stato un apporto di 30 miliardi da parte della concessionaria per la utilizzazione trentennale dello Stadio. Dieci miliardi sono stati utilizzati per sistemazioni esterne allo stadio (parcheggi, viabilità, ecc....). Le riserve includono i 74,8 miliardi rilevabili dal certificato finale e tengono conto anche di questioni gestionali (pubblicità);
- h) **Udine:** le sistemazioni esterne ammontano a 7,5 miliardi.

### **3.2 Legge 27 marzo 1988, n. 92, per la realizzazione degli impianti sportivi riservati all'agonismo ed alla pratica di base**

La legge n. 65 del 1987 come s'è accennato nel paragrafo precedente, è una legge di programma e, come dispone all'art. 1, definisce procedure e modalità di finanziamento per la realizzazione di programmi straordinari di interventi per



l'impiantistica sportiva, finalizzati alla costruzione, all'ampliamento, al riattamento, alla ristrutturazione, al completamento, al miglioramento, alla sistemazione delle aree di parcheggio e servizio e all'adeguamento alle norme di sicurezza degli impianti sportivi, ivi comprese le attrezzature fisse e l'acquisizione delle relative aree, destinate:

- a) ad ospitare, secondo le indicazioni del CONI, gli incontri del campionato mondiale di calcio 1990;
- b) a soddisfare le esigenze dei campionati delle discipline sportive, con strutture polifunzionali;
- c) a promuovere l'esercizio dell'attività sportiva mediante la realizzazione di strutture polifunzionali.

Mentre per l'attuazione del programma previsto alla lettera a) si è proceduto con le modalità descritte nel paragrafo precedente, per i due programmi di cui alle lettere b) e c), rispettivamente diretti a realizzare impianti di spettacolo sportivo ed impianti ricreativi di base, insorsero contestazioni da parte di alcune regioni, contestazioni che trovarono conclusione nella sentenza della Corte costituzionale n. 517 del 1987 con cui fu dichiarata la illegittimità costituzionale della detta legge n. 65 nella parte in cui appariva lesiva delle competenze attribuite alle regioni in materia di impiantistica sportiva di base dall'art. 56, lettera b) del decreto del Presidente della Repubblica n. 616 del 24 luglio 1977.

Relativamente alle province autonome di Trento e Bolzano la declaratoria di incostituzionalità investiva, oltre che i programmi previsti dall'art. 1, lettera c) della anzi citata legge n. 65 del 1987, anche i programmi previsti dalla lettera b), stante la particolare autonomia riservata alle province autonome in materia di organizzazione agonistica.

Per porre riparo alle lacune normative prodotte dalla predetta sentenza n. 517 del 1987, fu emanato il decreto-legge 2 febbraio 1988, n. 22, convertito con modificazioni dalla legge 21 marzo 1988, n. 92, che prevedeva la suddivisione degli interventi attraverso due distinte procedure: una per il riparto dei fondi occorrenti per l'impiantistica sportiva riservata all'agonistica, cogestita tra Stato e regioni (art. 1, lettera b) ed una seconda per il riparto dei fondi occorrenti per l'impiantistica sportiva ricreativa (lettera c) completamente rientrante nelle attribuzioni delle regioni.

I programmi predisposti ed approvati in attuazione della legge n. 92 del 1988 sono stati due, riferiti rispettivamente agli anni 1987 e 1988.

Il primo (anno 1987 approvato con decreto ministeriale 30 marzo 1988) ha consentito l'accensione di mutui presso la Cassa depositi e prestiti per un ammontare di 429 miliardi di lire, di cui 6,1 miliardi e 6,9 miliardi da riservare rispettivamente alle provincie autonome di Trento e Bolzano.

Nell'ambito dell'anzidetto programma 1987 fu determinata per legge la ripartizione del fondo tra impianti per agonismo ed impianti ricreativi. La somma complessiva da suddividere (escluse le provincie autonome di Trento e Bolzano) ammonta a 419,9 miliardi di lire destinata quanto a 192,3 miliardi alle finalità della lettera b) e 223,5 miliardi alle finalità di cui alla lettera c).

Presso l'Istituto per il credito sportivo, sempre per il programma 1987, venne aperta una speciale linea di credito per l'accensione di mutui decennali per un ammontare di 80 miliardi, all'ammortamento dei quali lo Stato concorreva con un contributo del 4% annuo (elevato al 5,50% dalla legge n. 92) e lo stanziamento relativo veniva quantificato in legge per 5 miliardi di lire per ciascuno dei 10 anni successivi.

Le ripartizioni per regioni sono indicate nei prospetti V/6 e V/7 del volume degli allegati.

L'art. 2, secondo comma, della legge n. 65 del 1987 prevedeva inoltre un contributo in conto capitale nella misura massima del 50% della spesa prevista per l'ammontare di 15 miliardi.

Il secondo programma (anno 1988) è stato approvato con decreto ministeriale 24 dicembre 1988 con cui si è autorizzata la Cassa depositi e prestiti a concedere mutui ventennali a carico dello Stato agli enti locali per l'ammontare complessivo di 607,048 miliardi di lire, per le finalità di cui alla lettera b) della legge 65 del 1987 modificata dalla legge n. 92 del 1988 mentre per le finalità di cui alla lettera c) il decreto ministeriale 27 dicembre 1988 ha autorizzato le regioni a predisporre programmi finanziati attraverso mutui da contrarre con la Cassa depositi e prestiti per l'ammontare complessivo di 322,040 miliardi di lire.

Nell'anno 1989 si è potuto dar corso ai complessi adempimenti per la formulazione del terzo ed ultimo programma solo dopo l'approvazione della legge 7 agosto 1989, n. 289, di rifinanziamento delle leggi n. 65 del 1987 e n. 92 del 1988; detto provvedimento consentirà di erogare ulteriori 86 miliardi in conto ammortamento per mutui da contrarre con la Cassa depositi e prestiti per un ammontare pari a 883 miliardi, cui vanno aggiunti quelli azionabili tramite l'Istituto per il credito sportivo valutabili in 70 miliardi di mutui, per un importo totale di 952 miliardi.

A seguito della approvazione della predetta legge n. 289 del 1989, si è provveduto con due separati decreti, entrambi datati 4 dicembre 1989, a definire i criteri e i parametri da adottare per la formulazione del citato terzo programma di interventi per l'anno 1989, nonché a definire le modalità per la formulazione e la

presentazione delle domande ai fini della inclusione nel predetto programma, per il finanziamento:

- di impianti sportivi destinati a soddisfare le esigenze dell'attività agonistica per la lettera b), programma nazionale;
- di impianti sportivi destinati a soddisfare le esigenze delle attività sportivo-ricreative lettera c), programma regionale.

Con il decreto ministeriale 11 aprile 1991 - in fase di controllo - è stato approvato il sopracitato programma che prevede l'erogazione da parte della Cassa depositi e prestiti di 568,305 miliardi di lire per l'attività agonistica, con riserva di attribuzione di 313,9 miliardi di lire da parte delle regioni quando saranno approntati i relativi programmi regionali e mutui per un ammontare di 69,1 miliardi di lire presso l'Istituto per il credito sportivo. (cfr.: prospetti V/8 e seguenti del volume degli allegati)

### **3.3 Interventi infrastrutturali nelle aree interessate dai campionati mondiali di calcio 1990. Legge 29 maggio 1989 n. 205**

Agli interventi infrastrutturali nelle aree interessate dai campionati mondiali di calcio del 1990 si è provveduto con la emanazione del decreto-legge 1° aprile 1989, n. 121, convertito con modificazioni nella legge 29 maggio 1989, n. 205, tale norma all'art. 1 stabiliva che le disposizioni ivi contenute dovessero essere applicate tassativamente per l'esecuzione delle opere pubbliche elencate in un allegato al decreto stesso direttamente connesse allo svolgimento dei campionati mondiali di calcio del 1990, opere già valutate da apposito comitato.

Se ne era constatata l'immediata incidenza sull'effettuazione delle manifestazioni con particolare riferimento all'afflusso e mobilità del pubblico negli stadi e nei centri urbani interessati con caratteri di non provvisorietà; la loro

realizzazione doveva avvenire entro il 15 maggio del 1990 - termine considerato peraltro non perentorio - anche per lotti funzionali e agibili qualora si fosse trattato di opere con oneri a carico del bilancio dello Stato, ovvero di competenza dello Stato.

Erano infine necessari la congruità dell'investimento rispetto all'obiettivo, ed il rispetto delle disposizioni relative ai vincoli ambientali, storici, artistici.

Ulteriori opere, di intervento non strettamente comunale erano autorizzate dal decreto ministeriale n. 2936 del 22 luglio 1989 e comunicate alle commissioni parlamentari LL.PP. della Camera e Senato con nota del 15 giugno 1989, n. 665/G.

Per quanto concerne la tipologia contrattuale di affidamento dei lavori, la legge n. 205 del 1989 all'art. 4, primo comma, disponeva che il soggetto competente era tenuto a verificare i tempi di realizzazione del progetto ai fini dell'applicazione delle disposizioni relative all'affidamento, aggiungendo che "ove si fosse constatato che i tempi necessari non consentivano l'esperibilità delle procedure ordinarie ed accelerate di cui alla legge n. 584 del 1977, il soggetto competente poteva disporre l'affidamento ai sensi dell'art. 5, primo comma, lettera d) della medesima legge n. 584.

Dall'analisi dei dati resi noti dalla Presidenza del Consiglio dei ministri (Ufficio del ministro per le aree urbane) emerge che nella maggioranza dei casi gli enti hanno ritenuto impossibile seguire le procedure ordinarie ricorrendo su 757 appalti ben 656 volte ed affidamento a trattativa privata (86,4%), in 23 casi (3,1%) si è proceduto con il sistema della concessione, 60 appalti (7,9%) sono stati affidati con licitazione privata e 20 (2,6%) con asta pubblica.

Del resto i ristretti tempi disponibili prima della effettuazione dei campionati mondiali di calcio, giustificavano tale scelta.

Può essere utile esaminare anche l'articolazione dei sistemi di affidamento delle opere comunali secondo le città, ove risulta che alcune amministrazioni hanno usato solo la trattativa privata (Udine, Bologna), la concessione (Milano, Napoli) o entrambe le forme (Genova) oppure queste due forme prevalentemente (Roma, 26 progetti su 31); Palermo ha usato solo l'asta pubblica; Cagliari la licitazione privata.

Il prevalente ricorso alla trattativa privata nella particolare situazione determinatasi per lo svolgimento della manifestazione "Mondiali di Calcio 1990" è da attribuire alle particolari condizioni verificatesi, in parte dovute alla stessa legge, intervenuta tardivamente e che assegnava una data finale di completamento dei lavori estremamente ravvicinata, con ciò determinando anche una demarcazione tra opere affidabili e non affidabili, a fronte di una cospicua mole di opere, differenziate tra loro, per dimensioni, tipologie e tecnologie, richiedendo per l'ampiezza dei settori investiti, accentuate capacità imprenditoriali ed investimenti congrui.

La legge n. 205 evidenzia, inoltre, e conferma la tendenza al diffondersi dell'utilizzazione di uno strumento, quello della conferenza dei servizi, cui partecipano tutti i rappresentanti delle amministrazioni dello Stato e degli enti comunque tenuti ad adottare atti d'intesa, nonché a rilasciare pareri, autorizzazioni, approvazioni, nulla osta previsti dalle leggi statali e regionali, ideato per finalità di coordinamento rapido e per l'introduzione di procedure acceleratorie in presenza di realizzazione di grandi opere pubbliche, consentendo la valutazione dei progetti esecutivi, esprimendosi sia in forma approvativa che, ove necessario, modificativa, senza le modalità di ulteriori deliberazioni da parte degli enti locali. L'approvazione assunta all'unanimità dalla conferenza dei servizi sostituisce ad

ogni effetto gli atti di intesa, i pareri, le autorizzazioni, approvazioni e nulla osta previsti da leggi statali e regionali.

I deliberati assunti all'unanimità dalla conferenza comportano, per quanto occorrente, variazione anche integrativa agli strumenti urbanistici ed ai piani territoriali, senza necessità di ulteriori adempimenti.

In sede di definizione delle previsioni di spesa per la realizzazione delle opere infrastrutturali, l'istruttoria tecnica effettuata presso la Presidenza del Consiglio dei ministri, ha valutato in 1.855 miliardi circa il costo ipotizzato delle 97 opere di competenza dei 12 grandi comuni interessati dalla manifestazione sportiva "Mondiali".

Tale previsione aveva un valore puramente metodologico, utile soprattutto a fornire una sommaria indicazione dell'ordine di grandezza dei presumibili costi complessivi dell'operazione. Va sottolineato che tale previsione non si è discostata molto dal reale perché, in sede di conferenza dei servizi, il quadro degli interventi si è concretizzato in 124 progetti approvati, per un ammontare di investimenti pari a 2.654,098 miliardi. L'incidenza degli investimenti degli enti locali sulla massa degli investimenti complessivi per la realizzazione delle infrastrutture (stradali, ferroviarie ed aeroportuali), compiute dallo Stato e da altri enti interessati risulta pari al 43,7% con assoluta preminenza di opere di competenza comunale.

Bisogna osservare che non tutte le opere previste dall'istruttoria tecnica sono state, poi, approvate in conferenza dei servizi; risultano infatti non approvati 13 progetti per un importo di 459,578 miliardi dei quali, però, la maggior parte (418,856 miliardi) è riferita a sole 5 opere:

- 1) sistema trasporto innovativo stadio di Milano per una spesa prevista di 270 miliardi;

- 2) copertura del torrente Bisagno Genova-Est (23,329 miliardi) ed il sottopasso corso Garibaldi-via Borrilli a Genova (36,02 miliardi);
- 3) sottopasso ferroviario viale Mazzini-via Campo d'Arrigo a Firenze (46,442 miliardi);
- 4) l'asse di scorrimento viale Marconi a Cagliari (43,065 miliardi).

E' da notare che le conferenze dei servizi, in cui sono stati approvati i progetti, sono state convocate nel periodo che va dal 2 febbraio 1989 al 29 marzo dello stesso anno, ben prima, cioè, che venisse approvato in data 1° aprile 1989 il decreto-legge n. 121 convertito, poi, il 29 maggio dello stesso anno, nella legge n. 205, ciò è potuto accadere perché temporaneamente ha operato un primo decreto-legge poi non convertito.

L'inizio dei lavori avvenne con estrema rapidità, risulta appaltato ed iniziato entro 90 giorni dalla conversione del decreto-legge n. 121; inquadrata con il termine finale d'esecuzione ha preceduto l'entrata in vigore del decreto-legge.

Quasi tutti i comuni, non avendo la possibilità di ricorrere a proprie risorse di bilancio, hanno attinto per intero ai finanziamenti concessi dalla Cassa depositi e prestiti che ha provveduto alla concessione dei mutui necessari nell'ambito delle disposizioni degli artt. 5 (terzo comma e successivi) e 6 della legge n. 205 del 1989 e dell'art. 4 del decreto-legge n. 65 del 2 marzo 1989.

Al 31 agosto 1990 risultava, secondo dati raccolti presso la stessa Cassa, che erano stati concessi, per le opere di competenza degli enti locali, mutui per 1.130,148 miliardi. Alla stessa data il totale delle opere comunali in fase di realizzazione era di 1.184,170 miliardi. Il dato confrontato con i 2.654,098 miliardi della spesa prevista sembra indicare un notevole taglio preventivato e realizzato.

Spiegazione a questa forte differenza potrebbe essere la situazione anomala di alcune opere di competenza del comune di Genova finalizzate alle manifestazioni



Colombiane del 1992, collocata, a fini di finanziamento (1.100 miliardi) nella normativa sopracitata (decreto-legge n. 121 e legge n. 205).

Questa "diversità" delle opere di Genova ha determinato anche difficoltà interpretative per la Cassa depositi e prestiti, avendo quest'ultima ritenuto che le norme previste dall'art. 1, comma quinto, della legge n. 205, determinavano per tutti i soggetti il vincolo di realizzabilità dei lavori entro il 15 maggio 1990; ciò doveva valere anche per i progetti finalizzati alle manifestazioni Colombiane 1992 i cui oneri fossero assunti a carico dello Stato (art. 1, secondo comma, lettera b).

Alla data del 31 agosto 1990, secondo i dati raccolti dal Ministero delle aree urbane, i lavori effettuati dagli enti locali ammontavano a 1.184,170 miliardi, mentre alla stessa data le erogazioni tramite la Cassa depositi e prestiti risultavano di 533,923 miliardi di lire, pari al 45,1% degli stati di avanzamento attuati e certificati.

Nel prospetto V/11 del volume degli allegati sono elencate le opere approvate in fase di istruttoria tecnica effettuata presso la Presidenza del consiglio ma poi risultate ridotte, come evidenziato nei prospetti V/12 e seguente del volume degli allegati.

#### **4. Sanità**

##### **4.1 Il quadro normativo nazionale**

Con il D.P.R. n. 616 del 24 luglio 1977, in attuazione dell'art. 117 della Costituzione, e, in ottemperanza della delega di cui all'art. 1 della legge 22 luglio 1975, n. 382, è stato definito il trasferimento delle funzioni amministrative (indicate dal citato art. 117 Cost.), ancora esercitate dagli organi centrali e peri-

ferici dello Stato e da enti pubblici nazionali ed interregionali, regioni, comuni, province e comunità montane.

Ai sensi dell'art. 25 del D.P.R. n. 616, tutte le funzioni amministrative relative all'organizzazione ed alla erogazione dei servizi di assistenza e di beneficenza sono state attribuite ai comuni, ai sensi dell'art. 118, primo comma, della Costituzione.

Le regioni hanno successivamente determinato con legge, sentiti i comuni interessati, gli ambiti territoriali adeguati alla gestione dei servizi sociali e sanitari, promuovendo forme di cooperazione fra gli enti locali territoriali, e, se necessario, promuovendo, ai sensi dell'ultimo comma dell'art. 117 Cost., forme anche obbligatorie e di associazione fra gli stessi.

Gli ambiti territoriali, così individuati, debbono assicurare la gestione dei servizi sociali e di quelli sanitari.

Nell'ipotesi in cui gli ambiti territoriali coincidano con quelli delle comunità montane, le funzioni sono assunte dalle comunità montane stesse.

Le UU.SS.LL. istituite su tutto il territorio nazionale sono 667, di cui 567 hanno sede in comuni con popolazione superiore ad ottomila abitanti e 100 hanno sede nei comuni con meno di ottomila abitanti.

L'art. 26 disciplina le attribuzioni alla provincia. Con esso si stabilisce che "la provincia, nell'ambito dei piani regionali, approva il programma di localizzazione dei presidi assistenziali ed esprime il parere sulle delimitazioni territoriali di cui al precedente articolo".

#### **4.2 Il servizio sanitario nazionale**

Con il D.P.R. n. 616 si pongono le condizioni della riforma sanitaria che trasferisce alle regioni tutte le funzioni amministrative operanti in materia di as-

sistenza sanitaria ed ospedaliera", e che concernono la promozione, il mantenimento ed il recupero dello stato di benessere fisico e psichico della popolazione.

Il Servizio sanitario nazionale, istituito con legge 23 dicembre 1978, n. 833, è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinate alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione "senza distinzione di condizioni individuali o sociali secondo modalità che assicurino l'eguaglianza di tutti i cittadini nei confronti del servizio".

Si tratta di obiettivi che si richiamano ai principi fondamentali della Carta costituzionale, ed in particolare ai rapporti etico-sociali (art. 32): "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività".

La tutela del diritto fondamentale alla salute avviene attraverso il servizio sanitario nazionale.

Con la legge n. 833, vengono fissate le attribuzioni dei comuni e delle province. In particolare, l'art. 13 dispone che "tutte le funzioni amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera", che siano espressamente riservate allo Stato ed alle regioni, "siano attribuite ai comuni".

Con la 833, il legislatore ha configurato una nuova articolazione territoriale del governo della sanità - le unità sanitarie locali - attraverso le quali i comuni, in forma singola o associata, esercitano le funzioni amministrative in materia di assistenza sanitaria.

I comuni, singoli o associati, assicurano la maggiore partecipazione degli operatori della sanità, delle formazioni sociali esistenti sul territorio e dei cittadini a tutte le fasi della programmazione dell'attività delle unità sanitarie locali e alla gestione sociale dei servizi sanitari, nonché al controllo della loro funzionalità e

rispondenza alle finalità del servizio sanitario nazionale e agli obiettivi dei piani sanitari triennali, di competenza delle regioni.

#### **4.3 La riforma della legge n. 833. Le linee del nuovo quadro normativo**

L'esigenza di rivedere i meccanismi della riforma sanitaria e di pervenire ad un più razionale riordinamento del settore, attraverso una maggiore efficienza e trasparenza del momento gestionale, è stata avvertita da più parti. Di conseguenza, il legislatore da una parte e la linea del Governo dall'altra, si muovono da qualche tempo in direzione di una riforma della legge n. 833.

Tale legge 833 ha avviato e, in gran parte, sviluppato il disegno riformatore della sanità. La complessiva gestione della riforma sanitaria non è stata però all'altezza dei principi fondamentali che ne erano alla base.

Con il disegno di legge n. 4277 del 30 settembre 1989, il Governo intende attuare un riordinamento del servizio sanitario nazionale, muovendosi nell'ottica di un contenimento della spesa sanitaria.

La linea di fondo parte dalla considerazione che occorre separare, nell'attuazione della riforma sanitaria, a livello di USL, l'aspetto fondamentale di indirizzo e di coordinamento da quello gestionale.

La sovrapposizione dei due "momenti" ha creato disfunzioni, inefficienze, mancanza di controlli. La spesa sanitaria deve essere controllata con più rigore e severità.

Il legislatore del 1978 non ha avuto riguardo agli aspetti organizzativi e gestionali della riforma. Come è stato sottolineato nel dibattito parlamentare, si tratta di "un errore che non dobbiamo né vogliamo ripetere. I cambiamenti organizzativi non si realizzano per il solo fatto di essere indicati dalla legge. Pretendono investimenti in risorse umane e finanziarie".

Così delineata, la riforma è più attenta alla realtà. I cittadini reclamano una riforma che funzioni nella tutela della salute, che è diritto fondamentale e costituzionalmente garantito.

Le linee direttrici della nuova legislazione in itinere possono individuarsi: nell'equilibrio finanziario del servizio nazionale; nella specificazione dei ruoli autonomi e distinti della funzione di indirizzo (politica) e di gestione (tecnica); nel riassetto del personale; nel rilancio della prevenzione; nella ristrutturazione e nell'autonomia degli enti ospedalieri di una certa dimensione e qualità di prestazioni, separati dalle USL; nel potenziamento dei controlli.

La realizzazione del diritto alla salute presuppone la creazione di nuovi servizi, il potenziamento di settori vitali ed importanti per la tutela di un diritto fondamentale che appartiene a tutti i cittadini.

La linea riformatrice, individuata ed attuata con iniziative apposite, dal Ministro della sanità, tende a colmare i vuoti creati da precedenti provvedimenti legislativi e a proiettare il settore-sanità in una dimensione europea.

A questa linea si ispira il disegno di legge n. 2596 dell'11 gennaio 1991 che detta "nuove norme sulla tutela della salute mentale".

La riforma psichiatrica, attuata con la legge n. 180 del 1978 merita, alla luce di una decennale applicazione, di essere riconsiderata nel suo impianto centrale: l'istituzione dei servizi e delle strutture dipartimentali destinate a svolgere funzioni preventive, curative e riabilitative. E' ben noto che le regioni hanno operato in termini non omogenei, delineando assetti strutturali diversificati e poco rispondenti alle reali esigenze dei malati di mente.

Il Ministro della sanità ha ritenuto - accogliendo prontamente un invito del Senato a "procedere in tempi brevi ad uno stralcio del piano relativamente al progetto-obiettivo sulla psichiatria, adeguatamente finanziato con fondi a desti-

nazione vincolata" - di individuare un nuovo modello organizzativo per la salute mentale, unico sull'intero territorio nazionale, impostato sempre su base dipartimentale. Il modello è finalizzato all'obiettivo di assicurare non solo il ricovero del malato, ma a realizzare strutture di emergenza, alternative e territoriali, ritenute elemento trainante dell'assistenza pubblica. In particolare, è stato previsto un dipartimento per ogni USL, dipartimento che raggruppa e coordina tutti i servizi psichiatrici presenti nella USL stessa e che opera in modo integrato con altri servizi socio-sanitari che hanno competenze contigue.

Nuovi e più penetranti poteri, in materia di trattamento sanitario obbligatorio in ambiente ospedaliero, sono conferiti ai sindaci.

Gli interventi prioritari per realizzare il modello organizzativo del dipartimento di tutela della salute mentale, coinvolgono direttamente i comuni per gli insediamenti sul territorio dei centri di igiene mentale (1 ogni 100.000 abitanti), il servizio di emergenza psichiatrica (SEP), la residenza sanitaria assistenziale (RSA). Altro vasto campo di azione per comuni e province è la realizzazione di "progetti interistituzionali" di prevenzione del disagio psichico nell'infanzia e nell'adolescenza: interventi specifici da adattare alle diverse realtà locali.

Il 16 maggio 1990 è stata approvata la legge sulla prevenzione e la lotta contro l'AIDS, che comporta una spesa di circa 3.000 miliardi di lire per la costruzione e la ristrutturazione dei reparti di ricovero per i malati.

La legge attiva attrezzature, arredi, laboratori e consente l'assunzione di personale medico ed infermieristico, corsi di formazione e aggiornamento. Il 27 febbraio 1991 è partita la terza campagna nazionale di informazione.

Il programma anti-AIDS prevede che le USL, d'intesa con i comuni, promuovano l'attivazione dei servizi per il trattamento a domicilio.

E' stato approvato dal Parlamento il decreto-legge 6 febbraio 1991 n. 35, coordinato con la legge di conversione 4 aprile 1991, n. 111, sulla "gestione transitoria delle unità sanitarie locali": è un decreto stralcio della nuova riforma sanitaria che anticipa i criteri sulla composizione degli organi di indirizzo e di gestione delle USL e più in generale del riordinamento del servizio sanitario nazionale e da attuarsi entro il 30 giugno 1992. Di principale significato innovativo, rispetto al modello delineato dalla 833, è l'introduzione del comitato dei garanti, nominati dalle assemblee intercomunali entro il 15 maggio 1991. Il comitato dei garanti formula le linee di indirizzo per l'impostazione programmatica delle attività, esamina e adotta il bilancio di previsione, le variazioni di bilancio ed il loro consuntivo, rimessi poi alla giunta regionale per l'approvazione; procede a verifiche generali sull'andamento dell'attività complessiva dell'unità sanitaria locale.

Viene introdotta e rivalutata la figura dell'Amministratore straordinario scelto, in un apposito albo regionale, tra persone che abbiano specifici e documentati requisiti attestanti "qualificate attività professionali di direzione tecnica o amministrativa di enti e strutture pubbliche o private di media e grande dimensione, con esperienza almeno quinquennale".

Vengono, pertanto, definiti specifici requisiti ed oggettivi criteri che dovrebbero mettere al riparo le nomine degli amministratori straordinari e del comitato dei garanti dai rischi di ingerenza e lottizzazione partitocratica.

Il requisito della professionalità è, dunque, la condizione preliminare per avviare, nella distinzione dei ruoli e delle competenze, il nuovo modello amministrativo e gestionale della sanità pubblica.

Ma v'è di più: l'art. 11 della citata legge n. 111 del 1991 stabilisce rigorosi criteri di ineleggibilità per i membri del comitato dei garanti e per gli amministratori straordinari.

Non possono essere nominati:

- a) coloro che hanno riportato condanna, anche non definitiva, a pena detentiva non inferiore ad un anno per delitto non colposo, ovvero a pena detentiva non inferiore a sei mesi per delitto non colposo commesso nella qualità di pubblico ufficiale o con abuso dei poteri o violazione dei doveri inerenti ad una pubblica funzione, salvo quanto disposto dal secondo comma dell'art. 166 del codice penale;
- b) coloro che sono sottoposti a procedimento penale per il quale è previsto l'arresto obbligatorio in flagranza;
- c) coloro che sono sottoposti, anche con provvedimento non definitivo, ad una misura di prevenzione, salvi gli effetti della riabilitazione prevista dall'art. 51 della legge 3 agosto 1988, n. 327 e dall'art. 14 della legge 19 marzo 1990 n. 55;
- d) coloro che sono sottoposti a misura di sicurezza detentiva o a libertà vigilata.

Gli amministratori straordinari non sono eleggibili nei consigli comunali, provinciali e regionali e nel Parlamento nazionale, salvo che le loro funzioni cessino 180 giorni dalla data di scadenza degli stessi.

E' del tutto evidente che questa norma serve ad impedire l'uso e l'abuso delle funzioni di amministratore di USL per fini diversi di quelli istituzionali.

#### **4.4 La legge n. 142 e la nuova disciplina dei servizi sociali**

Con la legge n. 142 del 1990 si introducono sostanziali innovazioni nell'ampio settore della organizzazione e della gestione dei servizi sociali.



La definizione degli statuti è l'occasione per delineare i contenuti di una radicale riorganizzazione dei servizi, ivi compreso il loro decentramento sul territorio.

Tra i servizi di base, i servizi socio-sanitari sono quelli che garantiscono i servizi alla persona.

Per il disposto dell'art. 9 della legge n. 142 "spettano al comune tutte le funzioni amministrative che riguardino la popolazione ed il territorio .... nei settori organici dei servizi sociali". Viene in tal modo potenziato il ruolo del comune nella gestione dei servizi socio-sanitari.

Ben altra è l'osservazione che deve essere formulata in relazione al disposto dell'art. 14 che disciplina le funzioni della provincia. Tra le altre funzioni, il primo comma, attribuisce alla provincia le funzioni amministrative di interesse provinciale nel settore dei "servizi sanitari, di igiene e profilassi pubblica, attribuiti dalla legislazione statale e regionale".

Una approfondita verifica della Sezione enti locali ha condotto ad un intervento interpretativo che ha messo in evidenza una lacuna normativa, laddove l'art. 14, primo comma, della legge 8 giugno 1990, n. 142, non include tra i compiti delle province quelli relativi a taluni interventi assistenziali: dall'infanzia ai ciechi, ai sordomuti, già previsti dall'abrogato art. 144, del testo unico 3 marzo 1934, e con la nuova legge demandati ai comuni.

La riforma sanitaria, introdotta con la legge n. 833 del 1978, aveva sottratto alla provincia competenze in materia di sanità e igiene e profilassi (organizzazione dei laboratori di igiene e profilassi; vaccino antivaioleso; acquisto e distribuzione gratuita del chinino) e di pubblica beneficenza (il mantenimento degli alienati poveri e degli esposti).

Le varie forme di assistenza sociale comportano l'attivazione di programmi di intervento che per avere effetto debbono rivolgersi a bacini di utenza molto più ampi delle circoscrizioni comunali, per cui appare fondata l'individuazione della provincia come livello istituzionale del potere locale più adeguato a promuovere anche forme di coordinamento delle attività con i comuni.

Innovazione di grande rilievo nel contesto delle competenze della provincia nel settore dei servizi sanitari a base territoriale più ampia di quella del comune è l'istituto dell'accordo di programma (art. 27 della legge n. 142) che consente di realizzare intese tra province e comuni per la gestione dei servizi sociali.

#### **4.5 Piano sanitario nazionale per il triennio 1989-1991**

Il piano sanitario nazionale si articola in progetti-obiettivo.

E' la nuova strategia adottata dal Ministero della sanità per il triennio 1989-1991, con la rivalutazione degli strumenti di intervento - progetto-obiettivo - già individuati dall'art. 2 della legge n. 595 del 1985 ma poco utilizzati.

Si definisce progetto-obiettivo, secondo la norma del citato art. 2, "un impegno operativo idoneo a fungere da polo di aggregazione di attività molteplici delle strutture sanitarie, integrate da servizi socio-assistenziali, al fine di perseguire la tutela socio-sanitaria dei soggetti destinatari del progetto".

E' pertanto chiaro che si realizza con il progetto-obiettivo il superamento della separazione tra attività sanitarie e attività socio-assistenziali.

Il servizio sanitario nazionale è legittimato a farsi carico anche delle funzioni socio-assistenziali nell'ambito dei progetti-obiettivo con utilizzazione diretta delle figure socio-assistenziali necessarie e con l'obbligo - sancito dal D.P.C.M. del 5 agosto 1985 - di tenere "separata contabilità" per le spese relative alla funzione sociale, vicariamente assolta.

Il progetto-obiettivo, nella logica adottata dal Ministero della sanità, si propone di sviluppare la riqualificazione dell'intervento pubblico nel settore socio-sanitario in questa delicata fase di transizione dal vecchio modello del servizio sanitario nazionale al nuovo modello gestionale, ancorato a principi di competenza, trasparenza ed efficienza.

Il piano sanitario nazionale per il triennio 1989-1991 individua i seguenti progetti-obiettivo che rappresentano l'impegno prioritario ed assorbente del Ministero della sanità:

- Programma n. 1 - Tutela della salute degli anziani
- Programma n. 2 - Prevenzione e cura degli handicaps
- Programma n. 3 - Tutela della salute mentale
- Programma n. 4 - Prevenzione e cura delle tossicodipendenze
- Programma n. 5 - Tutela materno-infantile.

Per l'economia del presente lavoro, è necessario soffermarsi sul progetto-obiettivo in materia di tutela della salute degli anziani, in quanto è stato tradotto già in legge.

Per il triennio 1989-1991 sono stati individuati alcuni interventi, idonei ad assicurare una risposta organica e significativa al problema della tutela della salute degli anziani, con particolare riferimento a quelli non autosufficienti.

Interventi prioritari per gli anziani non autosufficienti:

- a) viene attivata e potenziata la rete dei servizi di assistenza domiciliare integrata (ADI) per consentire, nel triennio, di assistere almeno il 2% degli anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti o a grave rischio di invalidità, per un numero complessivo di 140.000 unità.

Il costo dell'ADI per assistito è di lire 7.200.000 annue, di cui lire 4.760.000 per la parte sanitaria e lire 2.530.000 per la parte socio-assistenziale, con una spesa complessiva nel triennio di 1.585 miliardi di lire.

- b) sperimentazione della "spedalizzazione domiciliare" (SD) riferita al 10% dei casi spedalizzabile a regime per un numero di casi, nel triennio, di 46.000.

La durata media della SD è di 60 giorni l'anno per paziente. Il costo della SD per caso è di lire 4.125.000, con una spesa globale nel triennio di 290 miliardi di lire.

- c) le residenze sanitarie assistenziali (RSA) previste dalla legge n. 109 del 1982 da destinare al 2% degli ultrasessantacinquenni (140.000 persone), per un totale di 30.000 posti residenziali.

Il costo della RSA è in conto capitale di 50 milioni per posto residenziale. La spesa globale nel triennio è di 1.500 miliardi in conto capitale e di 400 miliardi per spese di gestione.

Il progetto-obiettivo anziani prevede la promozione di particolari misure in favore delle famiglie con presenza di anziani non autosufficienti, così come si prevede l'attivazione di iniziative di educazione sanitaria per preparare le persone a vivere attivamente la terza età.

#### **4.6 Finanziamento del servizio sanitario nazionale**

Il fondo sanitario nazionale destinato al finanziamento del servizio sanitario nazionale è determinato ogni anno con la legge di approvazione del bilancio dello Stato. Gli stanziamenti di spesa devono risultare compresi in distinti capitoli della parte corrente e della parte in conto capitale da iscriversi, rispettivamente, a carico degli stati di previsione della spesa del Ministero del tesoro e del Ministero del bilancio.

Il CIPE ripartisce le somme stanziare tra tutte le regioni, su proposta del Ministero della sanità, previo parere del consiglio sanitario nazionale. La proposta del Ministero tiene conto delle indicazioni contenute nei piani sanitari nazionali e regionali e sulla base di indici e di standards distintamente definiti per la spesa corrente e per la spesa in conto capitale.

La predeterminazione di indici e standards tende a garantire che le prestazioni sanitarie siano uniformi su tutto il territorio nazionale. E ciò per garantire a tutti i cittadini livelli di prestazioni uniformi che non siano condizionate da squilibri strutturali e territoriali tra le diverse regioni.

Le regioni, sentiti i comuni, a loro volta, provvedono a ripartire tra le unità sanitarie locali, la quota loro assegnata per il finanziamento delle spese correnti, sulla base di criteri intesi ad unificare il livello delle prestazioni uniformi che, come avanti precisato, non siano condizionate da squilibri strutturali e territoriali tra le diverse regioni.

Le regioni provvedono all'attuazione del servizio sanitario nazionale in base a piani sanitari triennali che debbono avere la medesima operatività temporale del piano sanitario nazionale.

L'obiettivo dei piani regionali è quello di eliminare gli squilibri esistenti nei servizi e e nelle prestazioni nel territorio regionale.

#### **4.7 L'andamento della spesa sanitaria. Interventi relativi al piano sanitario nazionale nel corso del 1990**

Il documento di piano nel corso del 1990 non ha subito modifiche: di conseguenza è rimasto operante il testo licenziato nel dicembre 1988 e sul quale il consiglio sanitario nazionale ha espresso il proprio parere in data 21 marzo 1989. Il

documento di piano è stato trasmesso con lettera del Ministro della sanità (22 dicembre 1989) alla Presidenza del Consiglio dei ministri e a tutti i dicasteri.

A fronte del mancato successivo inoltro al Parlamento e, quindi, in assenza dell'approvazione formale del provvedimento, il Ministro della sanità ha avviato, per l'attuazione, alcuni programmi del piano riguardanti materie che non consentivano ulteriori ritardi. In caso di inerzia, ciò avrebbe potuto determinare conseguenze negative sullo stato di salute della popolazione destinataria degli interventi.

A tali obiettivi, nel corso del 1990, sono stati finalizzati i seguenti provvedimenti programmatici al fine di attivare i più urgenti progetti-obiettivo:

**- AIDS**

E' stata adottata il 21 marzo 1990 una risoluzione della 12<sup>a</sup> Commissione permanente della Camera che aveva approvato il progetto-obiettivo "Lotta all'AIDS". Il progetto-obiettivo accompagna la legge n. 135 del 5 giugno 1990 recante "Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS".

La legge prevede un programma poliennale di interventi con particolare riguardo alla prevenzione, all'informazione, alla ricerca, alla costruzione e ristrutturazione di complessi per il ricovero dei portatori di malattie infettive.

L'ammontare complessivo delle spese per il finanziamento del programma poliennale è di lire 2.100 miliardi.

Per l'attuazione del programma si prevede l'assunzione di personale medico e infermieristico (art. 4), anche in deroga all'ordinario regime di assunzione del personale, per i motivi di urgenza e di efficienza nella lotta concreta contro l'AIDS. In questa direzione sono anche previsti nuovi corsi di formazione e

aggiornamento professionale e nuovi e più adeguati servizi di assistenza ai tossicodipendenti.

- **Salute mentale**

E' stato definito il progetto-obiettivo "Tutela della salute mentale", in esecuzione di un ordine del giorno del Senato che impegnava il Governo a "procedere in tempi brevi ad uno stralcio del Piano relativamente al progetto-obiettivo sulla psichiatria", adeguatamente finanziato con fondi a destinazione vincolata". Esso accompagna il disegno di legge (A.S. 2596) recante "Nuove norme sulla tutela della salute mentale".

**4.8 Finanziamenti alle regioni**

La ripartizione del Fondo sanitario nazionale (FNS) parte corrente e in conto capitale e le relative assegnazioni alle singole regioni avviene, come è stato già osservato, a seguito del parere espresso dal consiglio sanitario nazionale e viene deliberato - ex art. 19 della legge 11 novembre 1983, n. 683 - in base alle previsioni del disegno di legge di bilancio per l'anno di competenza. La Sezione, pertanto, ha indirizzato il suo esame agli anni 1988 e 1989, dei quali dispone compiutamente sia degli impegni di spesa del FSN, ripartiti per regioni, sia della spesa effettiva. Gli uni e gli altri dati si riferiscono all'ammontare complessivo del FSN, alle assegnazioni regionali ed alla spesa regionale. Dai dati in possesso del Ministero della sanità emerge un dato incontestabile: il progressivo incremento dell'ammontare complessivo del FSN, che è passato da 52.650 miliardi di lire del 1988 a 58.870 miliardi del 1989; mentre le spese che risultano a termine dell'esercizio ammontano a 62.025.727.801.000 nel 1988 e 65.544.399 miliardi nel 1989.

Una più attenta ricognizione degli aggregati economici regionali (personale; farmaceutica convenzionata; specialistica convenzionata) chiarisce le cause della lievitazione della spesa sanitaria regionale che non si adegua a previsioni di bilancio.

Anche nel corso del 1990 è stato possibile registrare un aumento della spesa sanitaria di parte corrente, che, in termini di pagamenti, ha raggiunto la quota di 64.301,6 miliardi rispetto ai 58.532,9 miliardi del 1989, con incremento del 9,8%.

#### **4.9 La riqualificazione della spesa sanitaria per il 1991**

La ripartizione del Fondo sanitario nazionale per il 1991 è stata deliberata dal consiglio sanitario nazionale il 19 febbraio 1991, sulla base delle norme contenute nella legge 29 dicembre 1990, n. 405, relativa a "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato" - legge finanziaria 1991.

Novità di rilievo nella ripartizione regionale del FSN è la adozione di nuovi criteri per la determinazione delle assegnazioni delle quote regionali. Mentre per il passato le quote regionali erano bloccate sul parametro della spesa storica, le assegnazioni del fondo 1991 rispondono non più a funzioni di spesa, ma a criteri più oggettivi quali la popolazione ed i posti-letto.

Di conseguenza, le assegnazioni delle "quote" regionali avvengono secondo un riparto di spesa incardinato per un 50% ai posti-letto e per l'altro 50% alla popolazione.

Un semplice raffronto di dati indica che il riparto delle assegnazioni 1991 per alcune regioni meridionali è più adeguato e consistente rispetto ai due anni precedenti. E' il caso della Campania (assegnazioni 1991, 7.213.272.000; nel 1989, 6.479.095.000; nel 1988, 5.589.400.907) e della Puglia (nel 1991,



5.114.296.000; di contro ai 4.214.041.000 del 1989 e dei 4.138.517.028 del 1988).

Per ottenere il contenimento della spesa nelle regioni meridionali che hanno mezzi e strutture inadeguate, il Governo potrà intervenire con appropriati strumenti di riequilibrio. Non si tratta di finanziamenti aggiuntivi, ma di accordi di programma tesi ad individuare i soggetti che saranno chiamati a riequilibrare i servizi di regioni come Calabria, Campania e Sicilia che hanno fatto ricorso alle prestazioni attraverso il convenzionamento con strutture private.

E' fin troppo agevole constatare - esaminando i risultati della gestione della spesa sanitaria negli anni di riferimento (1988-1989)- che l'80% delle prestazioni viene svolto da strutture private convenzionate. La proposta di riforma prevede un tetto massimo del 50% con un duplice positivo risultato: il contenimento dei livelli regionali della spesa sanitaria e la riqualificazione e moralizzazione della stessa.

#### **4.10 Il contenimento della spesa sanitaria**

L'obiettivo della riforma è il contenimento e riequilibrio della spesa sanitaria. Il parametro di riferimento sarà la spesa media regionale pro-capite. Le regioni che si collocano al di sopra dei propri parametri, oltre a significare che non hanno amministrato con equilibrio la spesa regionale, saranno costrette al riequilibrio della spesa sanitaria, ricorrendo ad inasprimenti di tasse. I cittadini saranno costretti a pagare più tasse per ripianare i debiti. E' un elemento di giudizio sulle reali capacità delle regioni di garantire un minimo di ordine della spesa sanitaria.

La riforma sanitaria, incentrata su più rigorosi criteri e meccanismi di controllo della spesa, pare possa avere come effetto un risparmio del 10%.

In pratica, su 80-85.000 miliardi di spesa si potranno ottenere più di 8.000 miliardi di risparmio.

Tra i criteri da seguire per il contenimento della spesa sanitaria, la legge di riforma individua la ristrutturazione e riqualificazione del sistema ospedaliero.

In questa logica si prevede la eliminazione progressiva di una forte condizione di diseconomia, attraverso la chiusura e la riconversione di ospedali con meno di 120 posti-letto ed il potenziamento delle attività di ricovero diurno (day hospital) o assistenza a domicilio.

L'obiettivo che si prefigge la linea riformatrice del Ministro della sanità è quella di trasformare le strutture superflue in più adeguati e funzionali centri residenziali per anziani non autosufficienti e in ospedali per lungodegenti.

La ristrutturazione ospedaliera presuppone che almeno il 10% dei posti-letto sia riservato a camere a pagamento.

#### **4.11 Il ripiano dei disavanzi**

Due provvedimenti legislativi emanati nel 1990 sono considerati essenziali ai fini del contenimento della spesa sanitaria e del ripiano dei disavanzi delle Unità sanitarie locali. Trattasi della legge 25 gennaio 1990, n. 8, di conversione, con modificazioni, del decreto 25 novembre 1989, n. 382, avente per oggetto: "Disposizioni urgenti sulla partecipazione alla spesa sanitaria e sul ripiano dei disavanzi delle unità sanitarie locali". Successivamente è stato emanato il decreto legge 15 settembre 1990, n. 262, convertito con legge 19 novembre 1990, n. 334, recante "misure urgenti per il finanziamento del saldo della maggiore spesa sanitaria relativa agli anni 1987 e 1988 e disposizioni per il finanziamento della maggiore spesa sanitaria relativa all'anno 1990". La legge di conversione ha

inserito l'art. 2 bis che disciplina anche il finanziamento delle eccedenze di spesa dell'esercizio 1989.

Trattasi di una forma fortemente innovativa, benchè sia stata impugnata davanti alla Corte costituzionale che ha ritenuto però non fondate le questioni di legittimità costituzionale (sentenza n. 283 del 23 maggio - 12 giugno 1991).

La norma prevede, per la prima volta, l'intervento delle regioni e province autonome per il ripiano dei disavanzi, ancorchè in misura parziale.

Lo squilibrio finanziario del servizio sanitario nazionale - costantemente denunciato dalla Corte dei conti - è stato affrontato, per il passato, con una serie di provvedimenti che si ritiene opportuno indicare:

- a) decreto-legge 29 agosto 1984, n. 528, convertito con legge 31 ottobre 1984, n. 733, relativo al ripiano del disavanzo dell'esercizio 1984;
- b) decreto-legge 25 gennaio 1985, n. 8, convertito con legge 27 marzo 1985, n. 103, che modifica la legge n. 730 del 1983 (legge finanziaria 1984) nella parte che definiva le modalità di ripiano dei disavanzi accertati al 31 dicembre 1983, autorizzando i tesoreri a provvedere al pagamento in anticipazione delle partite debitorie;
- c) decreto-legge 19 settembre 1987, n. 382, convertito con legge 29 ottobre 1987, n. 456 che disciplina il ripiano dei disavanzi per gli anni 1985 e 1986;
- d) con il decreto-legge 30 novembre 1988, n. 514, convertito con legge 27 gennaio 1989, n. 23, sono state emanate nuove disposizioni per il ripiano dei disavanzi delle USL. E' il caso di sottolineare che tutte le regioni e province autonome si sono avvalse della normativa in vigore e, alla fine del 1990, 14 di esse avevano definito le procedure per il saldo del disavanzo dopo aver fruito degli acconti. Solo per due regioni (Campania e Calabria) - allo stato - è tuttora in corso l'istruttoria;

e) il decreto-legge 25 novembre 1989, n. 382, convertito con modificazioni con la legge 25 gennaio 1990, n. 8, dispone, all'art. 4, il ripiano dei disavanzi delle USL per gli esercizi 1987 e 1988.

La maggiore spesa è finanziata fino ad un massimo del 55% dell'ammontare presunto con i seguenti limiti:

- 20% con operazioni di mutuo da attivare entro la fine del 1989 con la Cassa depositi e prestiti secondo criteri e procedure stabiliti con decreto del Ministro del tesoro;
- 35% con operazioni di mutuo da attivare nel 1990 con le aziende ed istituti di credito individuati con decreto del Ministro del tesoro che ne fissa anche le condizioni (D.M: 7 maggio 1990 in G.U. n. 142 del 20 giugno 1990).

L'importo dei mutui viene trasferito agli enti che gestiscono la spesa sanitaria, con vincolo di destinazione;

f) il decreto-legge 15 settembre 1990, n. 262, convertito con modificazioni con legge 19 novembre 1990, n. 334, definisce (art. 1) le modalità di copertura dei disavanzi 1987 e 1988 per il residuo 45% (la cui copertura finanziaria non fu disciplinata con il provvedimento di cui alla lettera e)), disponendo che il finanziamento avviene mediante ulteriori operazioni di mutuo, con onere di ammortamento sempre a carico dello Stato, entro i limiti del 20% da stipulare nel 1990 e del 25% nel 1991.

Con l'art. 2 bis, introdotto in sede di conversione, viene disciplinato il ripiano del disavanzo per il 1989. La legittimità costituzionale della norma - contestata sotto vari profili dalle regioni Valle d'Aosta, Piemonte, Lombardia, Lazio, nonché dalle province autonome di Trento e Bolzano - contiene, per la prima volta, una radicale innovazione rispetto al passato, siccome stabilisce che le eccedenze di spesa rispetto alle entrate complessive registrate dalle unità

sanitarie locali e dagli altri enti del settore, siano coperte in via prioritaria con i proventi derivanti dall'alienazione totale o parziale dei beni patrimoniali già di pertinenza dei soppressi enti mutualistici (di cui agli artt. 61, 65 e 66 della legge n. 833 del 1978) non soggetti a vincoli di qualsiasi natura.

Se questa ipotesi non fosse realizzabile in tutto o in parte, il disavanzo accertato, con i criteri e le modalità da definirsi con decreto del Ministero della sanità di concerto con quello del tesoro, viene ripianato mediante operazioni di mutuo al cui onere di ammortamento si farà fronte con specifiche quote del Fondo sanitario, appositamente vincolate a partire dal 1993.

Altra forte innovazione è la norma dell'art. 3 che stabilisce (primo comma) che le regioni possono autorizzare le unità sanitarie locali e gli altri enti gestori di servizi sanitari "ad assumere impegni per l'esercizio 1990, anche in eccedenza agli stanziamenti di parte corrente autorizzati con il bilancio di previsione, per provvedere a spese improcrastinabili e di assoluta urgenza entro i limiti prequalificati dalle regioni stesse per ciascun ente". In sede di conversione, l'art. 3 è stato modificato, al terzo comma, con la previsione che le spese effettivamente sostenute in conseguenza delle autorizzazioni di cui al primo comma, siano assunte a carico delle regioni e delle province autonome e finanziate con operazioni di mutuo. L'onere per il ripiano è a carico dello Stato per la quota relativa a lire 90.000 per il cittadino residente, mentre la differenza residua della spesa ricade per il 25% sui bilanci delle regioni e province autonome, le quali vi provvedono con alienazione del proprio patrimonio o con operazioni di mutuo dallo Stato, sempre con operazioni di mutuo, al pagamento delle cui rate provvederanno sempre regioni e province autonome con quote del Fondo sanitario appositamente vincolate a partire dal 1992.

A parte la considerazione che il giudice delle leggi ha ritenuto, con la normativa esaminata, non essersi prodotto alcun "vulnus" nella garanzia costituzionale dell'autonomia finanziaria delle regioni, questa Sezione deve osservare che proprio l'art. 3, oggetto di impugnazione, è concepito dal legislatore come uno strumento di garanzia del buon andamento della pubblica amministrazione, tale da rendere più penetranti e rigorosi i poteri di controllo conferiti alle regioni (e mai completamente attivati) in materia di spesa sanitaria.

#### **4.12 Esigenza della riforma**

Non vi è dubbio che la mancata approvazione in sede legislativa del piano sanitario nazionale condizioni negativamente la programmazione della spesa e degli interventi.

Individuato dalla legge n. 833 del 1978 come lo strumento di riequilibrio della spesa sanitaria, il PSN a distanza di ben 13 anni dall'entrata in vigore della legge, non è stato mai attuato.

Modificato e rielaborato nei suoi contenuti e nei suoi strumenti di intervento, il PSN rappresenta un impegno prioritario della nuova linea riformatrice del Governo nel settore della sanità.

Il diritto alla salute non ha trovato una tutela "piena ed esaustiva" da parte dei livelli istituzionali a ciò preposti. E la stessa legge n. 833 non è stata in grado di assicurare ai cittadini una tutela adeguata del diritto alla salute, garantito dalla Costituzione come diritto fondamentale della persona umana.

La linea riformatrice prevalente è quella espressa da qualche anno dal governo con l'emanazione del disegno di legge n. 4227 sul riordinamento del servizio sanitario nazionale e sulle misure di contenimento della spesa sanitaria.

Dal contesto normativo attualmente all'esame del Senato, si delinea una riforma che pare sia in grado di correggere le disfunzioni e le carenze della 833, sempre segnalate con documentata attenzione dalla Corte dei conti.

La riforma sanitaria deve riportare il malato ed il cittadino al centro dell'organizzazione dell'assistenza sanitaria, trasformandolo da "numero" a "soggetto" del servizio.

Altra particolare innovazione della riforma è la consapevolezza che per rimettere sotto controllo la spesa sanitaria è necessario corresponsabilizzare le regioni. Per il passato ha forse trionfato il principio che "chi spende non risponde": ciò ha comportato obbligatoriamente l'intervento dello Stato per pagare i debiti contratti dalle USL senza poter intervenire con preventivi adeguati controlli. Il ripiano dei debiti contratti dalle USL è a carico delle regioni, le quali potranno anche revocare il mandato ad amministratori responsabili della cattiva gestione.

L'altro aspetto qualificante della proposta di riforma è la ben definita "aziendalizzazione" delle USL, che comporta, con il riconoscimento della personalità giuridica pubblica, la loro autonomia operativa, organizzativa e finanziaria. Si prevede, altresì, l'autonomia degli ospedali di alta specializzazione e di rilievo regionale ed interregionale.

In sostanza, le USL saranno dimezzate. Si prevede che il bacino di utenza dell'unità sanitaria locale interesserà comunità locali tra i 120.000 ed i 400.000 abitanti.

La trasformazione delle USL in "aziende regionali", gestite da tecnici, avrà come conseguenza l'autonomia amministrativa, contabile e patrimoniale.

Le unità sanitarie locali, in quanto "strutture operative dei comuni" (art. 15 legge n. 833 del 1978), hanno operato fino ad oggi prive di personalità giuridica ed

in un rapporto istituzionale e di gestione economica con i comuni che ha determinato confusione ed incertezza.

In particolare, il momento della gestione e la conseguente responsabilità del suo equilibrio è stato travolto dalla indeterminatezza e confusione di funzioni.

La responsabilità della gestione verrà affidata a tre figure ben distinte e separate: l'amministratore unico, affiancato da un direttore amministrativo e da un direttore sanitario.

La riforma prefigura una struttura aziendale pubblica con una gestione di tipo privato. Anche dal punto di vista contrattuale la gestione privatistica è evidente.

Superata la fase transitoria, dopo il 30 giugno 1992, la riforma prevede che l'amministratore unico, il direttore amministrativo ed il direttore sanitario abbiano un contratto con scadenza quinquennale rinnovabile, ma possano essere licenziati in casi di inadempienze, errori, carenza di iniziative.

La legge n. 111 del 1991 è solo uno stralcio della legge definitiva di riforma. Essa "copre" necessariamente solo la fase transitoria del passaggio dal vecchio al nuovo modello del servizio sanitario nazionale.

Dopo il 30 giugno 1992, si passerà dall'albo regionale degli amministratori straordinari a quello nazionale, che consentirà una selezione migliore del personale scelto secondo requisiti omogenei su tutto il territorio nazionale.

La legge di riforma prevede, infine, la formazione del nuovo personale. Fino ad oggi è stata riformata solo la gestione, nel futuro il sistema sarà più flessibile. Una sanzione "ad hoc" della Scuola superiore della pubblica amministrazione e convenzioni specifiche tra il S.S.N. e l'università saranno attivate per la preparazione e la specializzazione del personale.