

volte espresso preoccupazione⁵⁹: la prima attiene alla positiva presa d'atto dell'attivazione dei percorsi indicati dal legislatore per una definitiva soluzione di un problema che si trascina da anni, con la promozione concreta di momenti di concertazione e collaborazione tra livello centrale e regionale. La seconda osservazione è che l'affrontare con maggiore decisione i problemi del passato non deve allontanare l'attenzione da taluni profili programmatici che la Corte aveva già segnalato e che sono "a monte" dei rilevati squilibri: si tratta di una costruzione previsionale a livello di bilancio più trasparente ed aderente agli effettivi andamenti di fabbisogno e che non si esaurisca sostanzialmente in ambito governativo⁶⁰, ma coinvolga più direttamente l'area comunque rimessa alla decisione parlamentare. Occorre dunque una più puntuale individuazione delle prestazioni da coprire nell'ambito dei livelli essenziali e di quelle ulteriori che si intendano adottare nell'ambito delle garanzie aggiuntive a livello regionale e locale. In tale contesto si colloca la conseguente questione da prospettare preferibilmente ex ante in sede di manovra finanziaria, piuttosto che ex post in sede di non agevole valutazione sui consuntivi, delle responsabilità riconducibili ai diversi livelli di governo delle singole misure di politica sanitaria adottate, con maggior riguardo alle aree (personale, farmaceutica, beni e servizi) ove comprensibilmente maggiore è il confronto.

⁵⁹ Vedasi anche Camera dei deputati, XIII legislatura indagine conoscitiva della spesa sanitaria.

⁶⁰ In tal senso, di recente, si è espressa anche la Commissione tecnica per la spesa pubblica (*l'allocazione delle risorse nel SSN e il controllo della spesa sanitaria pubblica*).

5. Le risultanze contabili nel bilancio dello Stato.

5.1 L'analisi funzionale (COFOG).

Nella sezione 7 del bilancio dello stato sono aggregate le spese riferibili alla voce sanità, (nella nuova classificazione funzionale) con un totale di 52.532,8 mld. di stanziamenti di competenza. La parte più consistente grava sullo stato di previsione del ministero del tesoro. bilancio e programmazione economica, con 50.435,3 mld; segue il Ministero della Sanità (1.879,5 mld); importi minori sono riferiti al ministero della Difesa e dei LL.PP.(rispettivamente 152,9 e 64,1 mld)⁶¹.

DIVISIONE 7 SANITA'					
Stanziamenti definitivi di competenza per l'esercizio 1998					
(dati in miliardi di lire)					
		Ministeri	Stanziamenti definitivi	incidenza % DIVISIONE 7 su bilancio dello Stato	incidenza % ministero su DIVISIONE 7
Totale bilancio dello Stato			1.130.765,50		
	Totale divisione 7 SANITA' nel bilancio dello Stato		52.531,87	4,64	
		Ministero del tesoro	50.435,30		96,00
		Ministero della sanità	1.879,54		3,57
		Ministero della difesa	152,92		0,29
		Ministero dei lavori pubblici	64,11		0,12

⁶¹ Vanno poi ricordate le risorse per la medicina penitenziaria allocate nello stato di previsione del Ministero di grazia e giustizia; si tratta dei capp. 2102 (106 mld. per spese per servizio sanitario e farmaceutico), 2120 (HIV e tossicodipendenza con 22,5 mld.), 2206 (4,8 mld. destinati all'assistenza e mantenimento dei detenuti tossicodipendenti presso comunità terapeutiche).

Nella indicata ricostruzione della spesa sanitaria pubblica, di relativa significatività appaiono i soli dati deducibili dal bilancio e dal rendiconto generale dello stato, che vede, come si è detto, la maggior parte delle risorse allocate nello stato di previsione del ministero tesoro, bilancio, e programmazione economica; una parte minore è dunque quella gestita dal ministero sanità. Delle somme gestite dal tesoro, una quota consiste, attiene al ripiano dei disavanzi pregressi, sia pure contabilizzati in modo diverso (investimenti; rimborso del debito pubblico; oneri del debito pubblico) ed affidati a c.d.r. diversi (RGS e DGT). La spesa per ripianamenti che grava sul bilancio dello Stato è consistente: su una quota complessiva riconducibile alla spesa sanitaria pari a 52.539,8 mld, ben 13.127,5 mld. sono destinati a ripianamento: di essi risultano impegnati 11.498 mld. e pagati 10.859,5 mld, con 1.639,4 mld. di economie sulla competenza.⁶²

Sul piano contabile è da rilevare l'esigenza di una maggiore chiarezza ed univocità di allocazione delle risorse nel settore. La ricognizione, dei principali capitoli del bilancio dello Stato, ove risultano allocate le risorse destinate alla sanità, suggerisce infatti una riconsiderazione complessiva della loro attuale allocazione e distribuzione, ora rinvenibili in stati di previsione diversi. Ciò anche al fine di consentire sul tema, come per le altre più significative voci di spesa dello Stato, una migliore conoscibilità e coerente rappresentazione, in linea con la recente legge n. 94/1997 di riforma del bilancio dello Stato (con la

⁶² Si confronti la tabella allegata al testo.

ulteriore responsabilizzazione della dirigenza) ed i correlati processi di riordino delle strutture centrali e di generale conferimento di funzioni alle autonomie territoriali ed alle aziende.

5.2 La spesa di parte corrente

Le risorse più cospicue sono riferibili al fondo sanitario nazionale di parte corrente, che come è noto, è allocato nel cap. 5941 dello stato di previsione del ministero del tesoro: per il 1998, erano inizialmente previsti, per tale capitolo, 41.850 Mld., con un aumento di circa 3000 Mld. sulle previsioni del blv 1998 (38.900 Mld.). Le previsioni definitive sono pari a 34.809,9 mld., tutti impegnati e dei quali sono stati pagati solo 2.480 mld., con 32.329,3 mld. di residui. Sui residui iniziali (30.222 mld) sono stati pagati 29.692,3 mld.

Nella gestione del fondo appare dunque privilegiata la gestione di cassa, (da inquadrare nelle complessive linee di *fiscal policy* adottate dal Governo)⁶⁵ rispetto a quella di competenza, la cui significatività è peraltro, come più volte segnalato dalla Corte, già ridotta (sia nelle costruzioni programmatiche che nelle verifiche a consuntivo) al fine di individuare la effettiva spesa di parte corrente sostenuta dal S.S.N.

Per ricostruire il finanziamento della spesa regionale, dedotti gli ulteriori oneri che, rispetto al finanziamento dei livelli, ancora insistono sul capitolo stesso, è infatti da tener conto del ruolo determinante, che in base alla riforma del d. lgs.n. 502/1992 e successive modifiche, rivestivano i contributi sanitari,

⁶⁵ Vedasi cap. I e II.

attribuiti direttamente alle regioni, ed ora rivestono il gettito dell'addizionale regionale sull'IRPEF e soprattutto dell'IRAP (art. 8 d. lgs. n. 446/1997). Il Fsn di parte corrente, viene in sostanza a qualificarsi come integrazione dello Stato alle risorse proprie delle Regioni, ed in primo luogo appunto, dei contributi sanitari, (che, come è noto, prima della riforma del 1992 affluivano ad apposito capitolo dello stato di previsione dell'entrata) ora ricompresi nell'IRAP (art. 36 d. lgs. n. 446/1997); da ciò l'importanza di una esplicita rappresentazione della stima del relativo gettito previsto anche in sede di impostazione e definizione della manovra di bilancio, al fine di consentire al Parlamento una più consapevole quantificazione delle risorse per il settore, tenuto conto altresì dell'obbligo che grava (ex art. 11, comma 19 del citato d. l. 502/1992, modificato dal d. lgs. n. 517/1992 ed ora dall' art. 39, c. 3 del d. lgs. n. 446/1997) sullo Stato di provvedere ad apposita integrazione, da indicare nella legge finanziaria, in ordine all'eventuale differenza del gettito effettivo rispetto alla stima prevista⁶⁴. La ricognizione complessiva delle risorse affidate a tale fondamentale settore è in sostanza, come si è visto, affidata alle delibere del CIPE ed alla documentazione sottesa (proposta del ministero sanità; parere della conferenza Stato-regioni). La Corte aveva già segnalato la opportunità che, quantomeno nelle relazioni ai documenti di bilancio, fosse adeguatamente indicata la base conoscitiva delle

⁶⁴ Come è noto, nei primi esercizi di attuazione della riforma si è infatti registrato un sensibile scarto (oltre sei mila miliardi nel 1993 ed oltre duemila miliardi nel 1994) successivamente attenuatosi (1.305 mld. nel 1995; 866 mld. nel 1996). Un consistente, ma ancora non definitivamente accertato divario emerge per il 1998.

stime di supporto funzionali ad una ricostruzione delle complessive previsioni programmatiche di spesa, al fine di consentire al Parlamento una più consapevole quantificazione delle risorse per tale fondamentale settore.

La materia, come si è detto, è ora ulteriormente "rivoluzionata" in base all' art. 10 del "collegato fiscale" recentemente approvato con l. n. 133 del 13 maggio 1999, che sostituisce il FSN - al pari degli altri finanziamento alle Regioni, salve le espresse esclusioni indicate dalla legge⁶⁵ - sia pure con graduale attuazione, con la compartecipazione delle regioni al gettito di alcuni tributi erariali (IRPEF, I.V.A. e accisa sulla benzina). Le norme approvate stabiliscono c.l. lett. g) comunque il rispetto della destinazione nei bilanci regionali, per un periodo non superiore al triennio, delle risorse necessarie alla copertura delle prestazioni indicate nel PSN determinate in funzione della quota capitaria. Sono altresì previsti (c.l. lett. d ed e) meccanismi perequativi in funzione della capacità fiscale relativa ai principali tributi e compartecipazioni a tributi erariali, nonché della capacità di recupero dell'evasione fiscale e dei fabbisogni sanitari, al fine di assicurare l'erogazione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza su tutto il territorio nazionale e di superare gli squilibri socioeconomici territoriali.

5.3 La spesa per investimenti.

⁶⁵ La legge fa salve - nel settore - le risorse per accordi internazionali, quelle per gli IRRCS, per programmi e ricerche specificamente definiti.

I principali canali di finanziamento delle spese per investimenti del SSN sono rappresentati dal Fsn in conto capitale, dai fondi stanziati dall'art. 20 della L. 67/88 e dalla L. 135/90, dai Fondi investimento occupazione e, più di recente, dai fondi strutturali U.E. Per una ricognizione di tale spesa nel rendiconto generale dello Stato, va premesso che essa trova allocazione in diversi capitoli dello stato di previsione dell'unificato Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, oltre a quelli inseriti nello stato di previsione della sanità, che proprio per il 1998 ha visto un deciso incremento nelle assegnazioni di risorse per investimento⁶⁶:

Manutenzione straordinaria ed agli acquisti di attrezzature sanitarie.

Sul cap. 7400 Ministero del tesoro e del bilancio e della p.e è allocato il FSN di parte capitale, fissato annualmente dalla legge finanziaria, Tab C, e che in base alla L. 38/90, a decorrere dal 1990, non spetta alle regioni a statuto speciale e alle province autonome; i 240,7 mld. di competenza sono stati tutti impegnati e pagati nell'anno⁶⁷.

Con delibera CIPE del 5 agosto 1998, lo stanziamento per il 1998, di 240 mld., risulta distribuito alle regioni per 225 mld. per le esigenze di manutenzione straordinaria e gli acquisti di attrezzature sanitarie in sostituzione di quelle obsolete e per 15 mld. come quota di riequilibrio a favore delle regioni particolarmente svantaggiate e con carenza di strutture pubbliche. Sul cap. 7430

⁶⁶ Vedasi par. 4.1 della relazione sul Ministero.

⁶⁷ Sul corrispondente e soppresso cap 7082 dello stato di previsione del ministero del bilancio lo stanziamento del 1997, pari a. 400 mld. (che era di 520 mld. nel 1996: 302 mld. nel 1995, 300 nel 1994, 792 mld. nel 1993) era integralmente passato a residui, come nell'esercizio precedente.

(ex 7085 dello stato di previsione del ministero del bilancio), relativo agli oneri derivanti dai mutui contratti per le esigenze di manutenzione straordinaria e per la sostituzione delle attrezzature obsolete, risultano stanziati, come negli esercizi precedenti, 288 mld., di cui impegnati 242,1 mld. e pagati 234,3 mld., con 7,8 mld. di residui.

Edilizia sanitaria

Nello stesso stato di previsione del ministero unificato insistono diversi capitoli destinati all'edilizia sanitaria; sul cap. 8810, recante interventi a favore delle regioni risultano stanziati 670 mld., tutti impegnati e di cui solo 25,3 pagati, con 644,7 mld. di residui totali a fine esercizio. Sul cap. 7855, sono allocati gli "oneri per capitale ed interessi a carico dello Stato per ammortamento mutui con la Bei ed altri Istituti di credito per l'esecuzione di un programma pluriennale di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico, nonché per la costruzione e ristrutturazione di reparti di ricovero per malattie infettive", con 450 mld. di assegnazioni definitive di competenza, sui quali risultano pagati 402,7 mld.

Anche sul cap. 7416 (ex cap. 7084 del Ministero del bilancio) gravano oneri derivanti dai mutui contratti per l'edilizia sanitaria, ai sensi dell'art. 20 della legge 11 maggio 1988, n. 67; sui 290 mld. della competenza, come negli esercizi precedenti, risultano pagati 197,3 mld., con 92,7 mld. di economie.

E' da ricordare che nel bilancio 1998 sul cap. 7535 del ministero della Sanità sono stanziati somme da destinare alle regioni e provincie autonome per l'edilizia sanitaria e più precisamente per la realizzazione di strutture dedicate all'assistenza palliativa e di supporto per i pazienti ed i loro familiari (art. 1 d.l. 450/1998 conv. 1 n. 39/1999) con 155,9 mld. di previsioni definitive, transitati nel conto dei residui, gestiti dal C.d.R. programmazione sanitaria⁶⁸.

La frammentazione di risorse destinate ad un unitario programma non giova alla lettura ed alla ricostruzione dei dati finanziari ed appare sintomatico della opportunità di una revisione delle procedure e delle allocazioni di spesa di cui si è reso oggi maggiormente consapevole il legislatore. Come si è detto, un ruolo decisivo in termini di programmazione e di riparto, è affidato, sentita la conferenza, al CIPE, nel settore dell'edilizia sanitaria ed in particolare del programma straordinario di investimenti in sanità di cui all'art. 20 della legge n. 67 del 1988.

Tale programma si innesta in un quadro complessivo di riordino della rete ospedaliera, che ha trovato ampia considerazione anche nelle manovre finanziarie degli ultimi anni, in un'ottica ispirata alla coerenza del livello dell'offerta con le generali esigenze di contenimento della spesa. La nuova disciplina è dunque orientata a collegare correttamente anche la problematica della chiusura dei

⁶⁸ Oltre agli indicati capitoli, è da ricordare che nello stato di previsione del ministero della sanità era previsto anche per il 1998 il cap. 7531 destinato alla costruzione e ristrutturazione dei reparti di ricovero per malattie infettive e l'istituzione ed il potenziamento dei laboratori di virologia, microbiologia ed immunologia (l. n. 135 del 1990): i 5,5 mld. di previsioni iniziali non si registrano più in quelle definitive.

piccoli ospedali presa in esame dalle finanziarie susseguitesì [legge 412/91, legge 724/94, 549/95] in un'ottica di più ampio respiro, collocandola nel disegno complessivo di una ristrutturazione della rete ospedaliera alla cui realizzazione concorre in misura decisiva la piena utilizzazione dei fondi per l'edilizia e che vede parallelamente mutato anche il sistema di finanziamento sulla base delle prestazioni effettivamente erogate (c.d. aggruppamenti omogenei di diagnosi - DRG; art. 8 commi 5 e 7 d.lgs. 502 del 1992). Il nuovo sistema, che pure, in base alla recente legge-delega 419/1998, richiede ulteriori interventi correttivi, sottende e privilegia infatti una logica di pianificazione che, nel prendere atto dell' elevato costo di ogni giornata di degenza ospedaliera, ha inteso meglio calibrare qualità e soddisfazione dell'utenza nel quadro di una maggiore attenzione a soluzioni alternative ai ricoveri ospedalieri. La norma aveva previsto, con un limite complessivo di spesa di 30.000 miliardi, un programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento del patrimonio sanitario pubblico e di realizzazione di residenze per anziani e soggetti non autosufficienti ad opera di Regioni, Province autonome, IRCCS, Policlinici, Università, Istituti zooprofilattici sperimentali, da finanziarsi con operazioni di mutuo con oneri a carico dello Stato per il 95% e con il 5% a carico delle Regioni e degli altri enti richiedenti⁶⁹.

⁶⁹ Va ricordato che con D.L. n. 396 del 2 ottobre 1993, convertito nella legge n. 492 del 4 dicembre 1993, la gestione delle istruttorie per gli interventi previsti dalle leggi n. 67 del 1988 e n. 135 del 1990 è stata attribuita direttamente alle Regioni, alle Università con Policlinici a gestione diretta, nonché agli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico competenti, così accentuando, anche nel campo della spesa per investimenti in materia sanitaria, un più incisivo ruolo delle Regioni, analogamente alla maggiore corresponsabilizzazione amministrativa e finanziaria riferita alla spesa corrente. Una

Solo nel 1997 si è conclusa la prima fase di tale programma straordinario di investimenti, slittato sino a tale anno per la complessità procedurale, comportante ritardi anche consistenti nell'utilizzo dei finanziamenti da parte di alcune Regioni. Per il primo triennio il limite complessivo di spesa pari a 10.000 miliardi si è poi ridotto a 9.400 miliardi. La situazione al 31 dicembre 1997 espone un finanziamento autorizzato dal CIPE per complessivi 209 miliardi⁷⁰ (1.727 mutui), di cui 3.183 mld. autorizzati al 31.12.95, 8.651,7 mld. autorizzati al 31.12.96 e 9209 mld. autorizzati al 31.12.97.

Nel 1998 ha preso l'avvio della seconda fase del programma, con le deliberazioni CIPE del 6 maggio 1998, con le quali si registra dunque un ulteriore decisivo impulso il processo di attuazione e di completamento del programma⁷¹.

accelerazione dei programmi di edilizia sanitaria è stata disposta dall'art. 5 del D.L. 1° dicembre 1995 n. 509 convertito con L. n. 34 del 31 gennaio 1996. La norma stabiliva per le Regioni e gli altri enti abilitati termini per la predisposizione ed approvazione dei progetti esecutivi relativi ai programmi di edilizia sanitaria di cui all'art. 20 della legge n. 67/1988 ed all'art. 2 della legge n. 135/1990. La legge disciplinava (commi 2 e 3) anche gli ulteriori termini procedurali per l'intervento del CIPE, chiamato (comma 4) a revocare i finanziamenti relativi ai progetti già inclusi nei programmi e per i quali non fosse pervenuta nei tempi dovuti la richiesta prescritta dal comma 2, ferma restando la riallocazione degli stessi finanziamenti, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, nell'ambito dell'indicato piano pluriennale d'investimento. Con delibera CIPE 21 marzo 1997 sono stati revocati finanziamenti non richiesti per 413,4 mld., con la ridestinazione degli stessi ad interventi di completamento della rete consultoriale (160,6 mld.) e ad anticipazioni sulla quota relativa al 2 triennio di finanziamento per completamento di opere iniziate nel primo triennio (272,8 mld.).

⁷⁰ Va ricordato che 418,7 mld. (di cui 363,2 autorizzati dal CIPE e 264,4 autorizzati da tesoro), sono stati assegnati agli IRCCS, Università, Istituti zooprofilattici sperimentali, Policlinici a gestione diretta.

⁷¹ Va ricordato che per assicurare una continuità di flussi finanziari con la seconda fase del programma, la l. n. 21/1997 sul finanziamento dei disavanzi delle Aziende Sanitarie ha autorizzato quote in annualità per gli anni 1997 e 1998 per la contrazione dei mutui ex art. 20 in anticipazione sul secondo triennio finanziario. Sotto tale profilo, va segnalato, come emerge espressamente dalla Relazione del Collegio regionale per la Toscana, uno scarto temporale di almeno sei mesi dal momento dell'autorizzazione da parte del CIPE ed il conseguente ricorso ad anticipazioni della regione, utilizzando risorse proprie e diverse (i fondi di bilancio destinati al mantenimento strutturale e strumentale del patrimonio, il fondo sanitario in conto capitale del 1997). Ciò al fine di scongiurare il rischio che l'esaurimento delle disponibilità di cassa dovuto al ritardo nel passaggio alla seconda fase del programma nazionale determinasse l'interruzione del finanziamento e la chiusura dei cantieri per gli interventi destinati a realizzarsi su un orizzonte temporale più ampio del triennio e già molto avanzati. Analoghe condizioni si registrano anche in Lombardia ed Emilia-Romagna.

E' stato infatti approvato il quadro programmatico generale, con la ripartizione alle regioni ed alle province autonome della somma risultante dalla differenza tra la quota complessiva e quanto effettivamente assegnato del primo triennio, per un ammontare complessivo di 20.600 mld., con una riserva di 1226,811 mld. destinata agli enti diversi dalle regioni (enti di cui all'art.4, comma 15 della L. 412/1991: si tratta degli IRCCS, Policlinici, Università, Istituti zooprofilattici sperimentali); va tenuto conto delle somme (165.908 mld.) assegnate dal CIPE nella stessa data per il completamento della rete consultoriale. E' stato altresì approvato il "programma specifico" per un ammontare complessivo di 2.500 miliardi, di cui 1.476,9 da destinare ad interventi necessari per il completamento di opere iniziate nel primo triennio, interventi considerati prioritari per le esigenze di maggiore funzionalità del complesso delle strutture sanitarie, regionali, provinciali e degli enti, nonché opere urgenti da realizzare nelle regioni Umbria e Marche, colpite dal sisma, e pertanto già autorizzate in deroga alle ordinarie procedure⁷².

Sul piano dell'evoluzione procedurale è da registrare la recente inclusione della materia nelle intese istituzionali di programma, in base alla L. 662/1996

⁷² Una ulteriore componente (79,094 mld.) è stata destinata ad interventi necessari per adeguare le strutture e le tecnologie sanitarie alla normativa vigente in materia di sicurezza ed agli interventi di cui all'art.32, c. 4, L. n. 449/1997; una somma di 129,996 mld. risulta infine e assegnata agli enti di cui all'art. 4, comma 15 della L. 412/1991 (IRCCS, Policlinici, Università, Istituti zooprofilattici sperimentali). Nella stessa data è stata disposta l'assegnazione di quote residue del programma di interventi urgenti per la lotta all'AIDS, di cui alla legge n. 135/1990.

(Toscana e Lombardia), e la parallela riferita evoluzione del ruolo del CIPE e degli apparati di supporto (art. 7 l. n. 94/1997 ed art 1 comma 2 del d.lgs. n. 430/1997)⁷³.

A fronte di tale complessa combinazione di risorse e di momenti programmatori ed attuativi, è da registrare positivamente un recupero della progettualità a livello regionale, generalmente carente nei primi anni e che aveva portato ai richiamati interventi normativi. Emerge peraltro una situazione sensibilmente disomogenea tra regioni che hanno già mostrato una incisiva capacità di attrazione ed impiego delle risorse⁷⁴, sia proprie, sia coinvolgendo anche fonti diverse onde evitare interruzioni ai lavori e regioni, nelle quali più carente è la capacità progettuale, evidenziata dalla frammentarietà delle richieste pervenute agli organi centrali, e dalle difficoltà di innesto in una programmazione strategica, che canalizzi ed attivi tempestivamente i progetti ex art. 20 con quelli pregressi da completare e soprattutto li orienti in una più consapevole proiezione complessiva dell'offerta ospedaliera e delle RSA. Ad un rinnovato recupero della progettualità regionale deve accompagnarsi una più rapida capacità di istruttoria

⁷³ Sul piano finanziario, da ultimo, in base all'art. della legge n. 39/1999 di conversione dei D.L. 450/1998, sono state aumentate le risorse destinate all'edilizia sanitaria, già previste dalla art. 50 lett.c) della l. 449/1998 (finanziaria 1999) di 135 mld. per il 2000 e di 200 mld. per il 2001.

⁷⁴ Sintomatica è la ridotta capacità di spesa delle regioni meridionali sui mutui autorizzati dal CIPE (4,65%) a fronte di una percentuale media del 18,7%, e di valori nettamente superiori del centro (28,4%) e del Nord (27,7%). Sempre sulla base di tali riscontri, effettuati su di un campione di 446 verifiche sui mutui, anche i dati dei lavori ultimati al 31.12.1997 (59 nel nord; 11 nel centro; 1 nel sud) confermava la maggiore problematicità di tale area nella quale appaiono concentrate altresì molte delle strutture incomplete, prese in esame dalla "Commissione parlamentare d'inchiesta sulle strutture sanitarie". I dati sono ricavati sulla base delle verifiche effettuate dal Ministero del tesoro, bil. e p. e.. Nucleo ispettivo per la verifica degli investimenti pubblici. Nota informativa per il CIPE. Roma, marzo 1998.

ai livelli centrali, conseguibile appieno anche attraverso la ricordata attuazione del comma 2 del d.lgs. n. 430/1997, in base al quale è previsto che i compiti di gestione tecnica, amministrativa e finanziaria già attribuiti al CIPE siano trasferiti alle amministrazioni competenti, norma oggi ripresa dall'art. 1 della l. n. 144/1999, che prescrive, come si è detto, presso ogni amministrazione, l'istituzione di apposite unità con compiti di supporto, verifica e monitoraggio.

In relazione al programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS attraverso la costruzione e ristrutturazione dei reparti di ricovero per malattie infettive e l'istituzione ed il potenziamento dei laboratori di virologia, microbiologia ed immunologia (art. 10 L. n. 135 del 1990), per un importo massimo di 2.100 miliardi di lire, a fronte di un finanziamento complessivo di 1.754,072 miliardi, stanziato per gli interventi di edilizia, sono stati ammessi complessivamente a finanziamento interventi per 939,150 miliardi, con un residuo di 464,668 miliardi⁷⁵.

I riferiti programmi, che come si è visto evidenziano nel 1998 un recupero di programmazione e di progettualità, pur nella maggiore difficoltà delle Regioni del Mezzogiorno ad attivare il meccanismo di richiesta dei finanziamenti e di realizzazione delle opere, comportano un rilevante incremento a livello delle

⁷⁵ A valere su tale residuo, con delibera CIPE 6 maggio 1998 è stata assegnata alle regioni, al Policlinico S. Matteo di Pavia e all'Ospedale B. Gesù di Roma la somma complessiva di 270.861 miliardi mentre la restante somma di 193.806 miliardi è stata accantonata in attesa di ulteriori verifiche istruttorie da parte del Ministero della sanità, in relazione ai ritardi registrati in alcune regioni nell'attuazione dei programmi di edilizia sanitaria.

opere cantierate, con consistenti positivi riflessi occupazionali dei programmi⁷⁶. Quanto ai fondi previsti dalla L. 130/83 (Fondi Investimento Occupazione FIO) per il finanziamento di progetti immediatamente eseguibili per rilevanti interventi di carattere economico, nell'edilizia e nelle infrastrutture, etc. se ne evidenzia il carattere ormai residuale.

Sotto una prospettiva di rilievo più generale è da segnalare che talune regioni hanno richiesto il cofinanziamento della Comunità europea per la realizzazione di interventi strutturali, la ricerca e la formazione, come previsto dalla normativa comunitaria relativa ai fondi strutturali. Attualmente sono quattro le regioni che hanno richiesto il finanziamento (Basilicata, Puglia, Calabria e Sicilia). Il Ministero della sanità ha presentato richieste di finanziamento a valere sulle risorse residue del Fondo sociale europeo, destinate alla formazione del personale della Pubblica Amministrazione e ha partecipato alla definizione del nuovo quadro comunitario di sostegno per gli anni 2000-2006.

⁷⁶ Secondo la relazione generale sulla situazione economica, se si applicano ai volumi finanziari dei programmi i coefficienti di attivazione occupazionale sulla base delle tavole ISTAT delle interdipendenze settoriali, è possibile calcolare che a fronte dei 4.100 miliardi di valore dei cantieri aperti, all'inizio del 1998, si è attivato un volume di affari di 7.400 miliardi, di cui il 55% nel settore delle costruzioni ed il restante 45% in settori direttamente o indirettamente collegati. In termini occupazionali, posto che a fronte di un investimento di 1.000 miliardi nel settore delle costruzioni si attiva una occupazione di 13.000 addetti, il risultato sarebbe di circa 53.000 posti di lavoro.

SPESA SANITARIA NEL BILANCIO DEI MINISTERI DELLA SANITA' E DEL TESORO, BILANCIO E PROGRAMMAZIONE ECONOMICA
ESERCIZIO FINANZIARIO 1998

(valori in milioni)

MINISTERI		Interventi	Investimenti	Rimborso del debito pubblico	Oneri del debito pubblico	TOTALI (Int. Inv. + rimb. deb. pub. + on. deb. pub.)
Min. Sanità	Stanz. di competenza	1.332.700	215.895			1.548.595
	Impegni	1.326.006	30.000			1.356.006
	Pagamenti comp.	1.073.985				1.073.985
	Economie comp.	51				51
programmazione economica	Stanz. di competenza	42.624.678	2.439.705	2.415.650	2.955.236	50.435.269
	(di cui per ripianamenti)	7.757.172	-	2.415.168	2.955.108	13.127.448
	Impegni	42.320.782	2.289.241	2.067.486	1.967.905	48.645.414
	(di cui per ripianamenti)	7.453.276	-	2.067.004	1.967.777	11.488.057
	Pagamenti comp.	9.930.621	1.396.779	1.752.890	1.657.235	14.737.525
	(di cui per ripianamenti)	7.450.010	-	1.752.408	1.657.107	10.859.525
	Economie comp.	303.896	150.464	348.164	987.331	1.789.855
	(di cui per ripianamenti)	303.896	-	348.164	987.331	1.639.391
Tot. spesa per per voce	Stanz. di competenza	43.957.378	2.655.600	2.415.650	2.955.236	51.983.864
	(di cui per ripianamenti)	7.757.172	-	2.415.168	2.955.108	13.127.448
	Impegni	43.646.788	2.319.241	2.067.486	1.967.905	50.001.420
	(di cui per ripianamenti)	7.453.276	-	2.067.004	1.967.777	11.488.057
	Pagamenti comp.	11.004.606	1.396.779	1.752.890	1.657.235	15.811.510
	(di cui per ripianamenti)	7.450.010	-	1.752.408	1.657.107	10.859.525
	Economie comp.	303.947	150.464	348.164	987.331	1.789.906
	(di cui per ripianamenti)	303.896	-	348.164	987.331	1.639.391