

del lavoro la gran parte delle risorse e dei compiti, il rapporto tra pagamenti totali e massa spendibile è comunque piuttosto basso. Si evidenzia quello della funzione *Collocamento e misure per promuovere l'occupazione* che si attesta al 71,03% e che risente di un forte aumento dei residui totali al 31.12.99, rispetto a quelli del 1.1 (3.847 mld i primi e 2.775 i secondi con un incremento del 38,63%).

Mentre piuttosto stabile appare l'andamento della funzione *Sgravi contributivi per le aree depresse* che, sostanzialmente coincidente con il Ministero del lavoro, mostra un rapporto tra *pagamenti totali* e *massa spendibile* che raggiunge l'84,04% ed indica quindi una rilevante capacità di spesa - ulteriormente sottolineata dal 96,36% dei pagamenti sulle autorizzazioni di cassa e dalla diminuzione dei residui totali al 31.12 del 32,89% rispetto a quelli del 1°1 (712 mld rispetto a 1.061), con una capacità di smaltimento residui (pagamenti sui residui) del 74,27%, (788 mld su 1.061) - non altrettanto può dirsi per *Vigilanza, prevenzione e tutela della condizioni del lavoro*, per la quale funzione si nota un andamento per l'Amministrazione del lavoro molto diverso rispetto a quello del Ministero della sanità.

Tale seconda amministrazione raggiunge, infatti, livelli di spesa molto elevati (è del 83,20% il rapporto tra pagamenti totali e massa spendibile, ma raggiunge il 100% quello tra i primi e le autorizzazioni di cassa).

Nel caso del Ministero del lavoro sono invece da considerarsi negativi entrambi i rapporti, in quanto è del 64,69% quello tra pagamenti totali e massa spendibile e del 68,51% quello tra pagamenti totali ed autorizzazioni di cassa. D'altro canto, anche la capacità di smaltimento residui è molto bassa, raggiungendo solamente il 24,75% (1.424 mld su 5.754) e concorre a sottolineare l'andamento complessivo.

Tali dati mettono in luce come, nel caso di specie, ad un non elevatissimo (78.63% per il Ministero del lavoro) livello di impegni sulla massa impegnabile consegua una scarsa dinamica erogativa la quale costituisce un indicatore di una sofferta traduzione, in termini di interventi, degli adempimenti che

l'amministrazione è chiamata a porre in essere dalla normativa sulla sicurezza del lavoro, e tale fenomeno viene evidenziato proprio dal basso rapporto tra pagamenti totali ed autorizzazioni di cassa, che si è indicato.

Nella circostanza non possono dunque essere evocate, a parziale giustificazione, le vischiosità del procedimento di spesa, a fronte di un 3,82% di scostamento fra i due rapporti di cui si è detto, che ha caratteristiche di assoluta ininfluenza sul circuito della spesa.

In uno dei settori nei quali l'amministrazione ha una funzione di *tutela* dei lavoratori ed esercita funzioni sia di regolazione, sia di applicazione della normativa e di controllo ispettivo sugli adempimenti posti in essere dai *datori di lavoro*, si segnala dunque l'esigenza di monitorare con attenzione le attività e le ragioni delle cennate rigidità procedurali, in un contesto che richiede un'allocazione celere di risorse finanziarie.

Per quanto attiene, infine, sempre nell'ambito delle *funzioni-obiettivo* che hanno evidenziato un elevato rapporto tra *impegni* e *massa impegnabile*, va fatto cenno alla funzione *Rapporti con le parti sociali e relazioni industriali*, che vede in prima linea l'Amministrazione del lavoro ed alla quale va riconnessa sempre maggiore rilevanza nel quadro complessivo del *Patto sociale* ed in quello più mirato del *Piano per l'occupazione* e delle *Politiche del lavoro*, per l'importanza della *concertazione* nella determinazione degli interventi di riequilibrio che costituiscono il risvolto operativo dell'azione di *policy*.

Al riguardo va detto che si riscontra il rapporto più elevato (rispetto alle funzioni precedentemente esaminate) tra pagamenti e massa spendibile (78,13%) che, a sua volta, sconta l'elevato rapporto tra autorizzazioni di cassa e massa spendibile (88,55%).

Come si è rilevato in più circostanze, l'indicatore maggiormente affidabile, ai fini della valutazione della capacità di spesa dell'amministrazione, è sempre quello dato dal rapporto tra pagamenti totali ed autorizzazioni di cassa, che nel caso di specie è del 88,23%, in quanto il vincolo dell'*autorizzazione di cassa* può

comportare forbici anche di rilievo (non è questo il caso) tra la teorica disponibilità globale delle risorse finanziarie, indicata dalla massa spendibile e l'effettiva possibilità di gestire dette risorse, legata, appunto, al livello delle *autorizzazioni di cassa*.

Il livello dei residui totali al 31.12 pari a 110,5 mld, subisce un incremento del 45,39% (rispetto ai 76 mld dei residui iniziali al 1° gennaio 1999) nonostante un'elevata capacità di smaltimento dei medesimi, fornita dai pagamenti sui residui, del 93,42% (71 mld su 76). Va dunque rilevata una vischiosità del circuito di spesa (i pagamenti sulla competenza raggiungono solamente il 75,45%, (335 mld su 444) che rappresenta, sia nel contesto contabile che in quello dell'*operatività* dell'amministrazione, un elemento che consiglia, anche qui, un attento monitoraggio dei procedimenti.

Spostando l'analisi a quelle funzioni che avevano già mostrato un livello di impegni sulla massa impegnabile (*Misure per promuovere l'occupazione nelle aree depresse anche a seguito di calamità* con il 58,39%, *Regolamentazione, vigilanza e sostegno per la cooperazione* che non raggiunge il 30%, fermandosi al 29,40% e *Rilevazione, analisi e monitoraggio del mercato del lavoro* con il 46,06%) si trovano ulteriori conferme del *trend* negativo già in tale contesto evidenziato.

Per la funzione *Pianificazione del mercato del lavoro*, la quale mostra un altissimo livello di autorizzazioni di cassa (90,71%) sulla massa spendibile, si riscontra un rapporto tra pagamenti totali e massa spendibile del 75,68%, che, proprio per il citato alto livello di autorizzazioni di cassa, ha una limitatissima correzione nel più realistico rapporto tra pagamenti totali ed autorizzazioni di cassa, che si attesta, infatti, all'83,43%, mostrando, dunque una non elevata capacità di intervento in materia.

Tale analisi viene confermata dall'andamento dei residui che subiscono un significativo incremento pari al 21,60% (82,2 mld al 31.12 rispetto ai 67,6 del 1° gennaio 99), dovuto ad una capacità di smaltimento degli stessi (è del 58,77% con

39,7 mld su 67,6) che si rivela inadeguata a ripristinare un corretto circuito di spesa, a fronte di 60,1 mld di residui di nuova formazione ed a 31 mld di economie.

Diversa è la situazione che si registra per la funzione *Misure per promuovere l'occupazione nelle aree depresse anche a seguito di calamità*, funzione che vede coinvolte sul piano operativo due amministrazioni: Ministero del tesoro e Ministero del lavoro e per la quale, per il Ministero del lavoro si riscontra un alto livello di impegni (95,29%).

Spostando l'analisi sul fronte del circuito delle erogazioni di spesa, colpisce, infatti, un bassissimo livello di pagamenti, che raggiunge solamente il 18,95% nel rapporto con la massa spendibile e non supera il 22,83% in quello con le autorizzazioni di cassa (che sono piuttosto elevate attestandosi al 83,02%).

Tali risultanze sono in linea con il permanere di un forte livello di residui, i quali, aumentano del 156,69% (dai 142,7 mld del 1° gennaio 99 ai 366,3 mld del 31 dicembre) con una capacità di smaltimento dei residui, evidentemente assai limitata, 43,4% (61,7 mld su 142,7) e che trova riscontro nella nuova produzione di residui pari a 290 mld.

Per quanto attiene alla funzione *Regolamentazione, vigilanza e sostegno per la cooperazione*, l'analisi finanziaria per funzioni registra, al riguardo, un limitatissimo livello di pagamenti sulla massa spendibile (pari al 31,17%), che va corretto dal dato inerente al rapporto tra autorizzazioni di cassa e massa spendibile (corrispondente al 58,30%) e, quindi il livello reale è di maggior consistenza, raggiungendo il 53,47%, rimanendo comunque ben lontano dal mostrare un andamento fisiologico del circuito di spesa.

Il livello dei residui rimane pressoché costante (da 56,5 mld del 1° gennaio 99 si passa a 60,36 del 31 dicembre, con un incremento del 6,83%, determinato sostanzialmente dall'insufficiente smaltimento dei residui che raggiunge solo il 36,64% (i pagamenti su residui sono 20,7 mld su 56,5).

La funzione-obiettivo per la quale l'andamento della massa impegnabile si era mostrato particolarmente basso (45,22%), indicando una scarsa attenzione all'attività di monitoraggio da parte dell'amministrazione nell'ambito delle politiche sociali, era proprio *Rilevazione, analisi e monitoraggio del mercato del lavoro*.

L'analisi della formazione ed utilizzo della massa spendibile conferma la precedente valutazione, in quanto il rapporto tra pagamenti e massa spendibile si attesta al 42,55% e, nel caso di specie, non si ritiene che possa costituire un'attenuazione di questa il limitato livello di autorizzazioni di cassa (63,89%) che porta il dato del rapporto dei pagamenti sulle autorizzazioni al 66,60%.

Ciò in quanto la predisposizione degli strumenti di monitoraggio del mercato del lavoro costituisce un adempimento primario per l'amministrazione e, dunque le limitate autorizzazioni di cassa costituiscono il *pendant* dei limitati impegni, nella fattispecie mostrando la carenza di progettualità ed organizzazione e la conseguente limitata erogazione di risorse peraltro disponibili.

Ulteriore elemento di raffronto è costituito da pagamenti sulla competenza, praticamente corrispondenti a quelli sui residui (8,99 mld i primi e 8,75 i secondi), con una significativa percentuale di smaltimento (dai 19,6 mld del 1° gennaio 1999) pari al 44,64%, mentre la massa-residui aumenta del 7,75% (da 19,6 ai 21,1 mld al 31.12).

Si torna a ribadire l'importanza di tale funzione, in quanto fortemente strategica per assicurare i necessari strumenti di rilevazione e conoscenza all'azione di *policy*.

3. Politiche pubbliche in sanità: attività di programmazione e dinamiche finanziarie.

3.1 Il quadro di riferimento istituzionale.

La ricostruzione operata sin dai primi anni '90 nella relazione al rendiconto sulle risultanze contabili della spesa sanitaria ha incontrato un significativo aspetto problematico nella insufficienza dei soli dati del bilancio statale sia nella costruzione delle quantificazioni programmatiche della spesa sanitaria pubblica (accentuata dal ruolo assunto dai contributi sanitari dopo la riforma del '92-93), sia nella ricomposizione dei dati a consuntivo, facenti capo ad una pluralità di centri autonomi di spesa e di differenti livelli di governo. La acquisizione dei relativi dati, che pervengono alle amministrazioni centrali con ritardi e difficoltà di riagggregazione, oggi evidenziate dalla introduzione dei sistemi di contabilità economica²⁵, costituisce uno dei più significativi aspetti problematici del settore, peraltro essenziale proprio ad una corretta informazione, necessariamente coerente alla condivisibile espansione dei meccanismi, anche fiscali, propri di un ordinamento che evolve in senso autonomistico e federale.

Della fondamentale esigenza di ricostruzione e monitoraggio dei flussi finanziari del sistema, anche ai fini della reimpostazione della successiva programmazione, appare fortemente avvertito il legislatore, che nelle manovre finanziarie per il 1998 ed il 1999 ha sottolineato, anche con la previsione di possibili sanzioni nella ripartizione del Fondo Sanitario Nazionale, la necessità ed il rilievo della partecipazione delle regioni e delle aziende ad un tempestivo ed esaustivo assolvimento del c.d. "debito informativo"²⁶.

²⁵ La Corte aveva già rappresentato il problema, legato alla introduzione della contabilità economica, che, con moduli differenziati su base regionale, in concreto rende difficile una ricomposizione degli andamenti finanziari, la "leggibilità" complessiva ed il monitoraggio del sistema; occorre dunque operare sui nuovi modelli per assicurare tempestività ed uniformazione di analisi (art. 16 l. n. 362/1988).

²⁶ Di particolare rilievo appare la possibilità, prevista dall'art. 32, comma 2, della legge n. 449/1997 di ridurre (previo parere della Conferenza di cui al d.lgs. n. 281/1997) - in misura non superiore al 3% - la quota spettante, in base alla ripartizione del FSN, alle regioni ed aziende che non abbiano adempiuto alle leggi dello Stato per il contenimento della spesa sanitaria ovvero non abbiano fornito i dati indispensabili al sistema informativo sanitario per le attività di programmazione e di controllo.

Tale esigenza si accentua anche in relazione alla prossima introduzione, a partire dal 2001, del federalismo fiscale disegnato dal d.lgs. 18 febbraio 2000, n. 56, attuativo dell'articolo 10 della legge delega 13 maggio 1999 n. 133, raccordato alla riforma dell'organizzazione del SSN dall'articolo 19 ter del d.lgs. n. 229/99. Nella prevista abolizione dei trasferimenti erariali in favore delle regioni a statuto ordinario, incluso il Fondo sanitario nazionale (FSN), di parte corrente e in conto capitale²⁷, il finanziamento dell'assistenza sanitaria nelle regioni a statuto ordinario sarà fondato sulla finanza regionale, compensata sia da nuove compartecipazioni al gettito dell'I.V.A. ed alle accise sulla benzina, sia dall'aumento dell'aliquota di base dell'addizionale regionale all'IRPEF. Peraltro a tale abolizione si accompagna l'avvio di un complesso meccanismo perequativo - basato su trasferimenti interregionali derivanti dalla compartecipazione al gettito dell'I.V.A. - finalizzato a garantire, tra l'altro, il finanziamento dei livelli uniformi di assistenza sulla base della quota capitaria definita dal Piano sanitario nazionale (PSN), corretta per tenere conto delle differenze di fabbisogno sanitario a livello regionale.

Nell'intento di garantire i livelli uniformi di assistenza, le regioni saranno tenute, per almeno un triennio dall'avvio del nuovo sistema di finanziamento, al rispetto del vincolo di destinazione all'assistenza sanitaria per le somme corrispondenti alla quota capitaria; la nuova disciplina consente l'abbandono di tale vincolo, dopo il primo triennio, previa la verifica dei livelli essenziali di assistenza nelle singole regioni, con la previsione che lo stesso sia mantenuto qualora il sistema rilevi una mancata o insufficiente garanzia a livello territoriale ovvero degli scostamenti della performance regionale rispetto ai valori di riferimento individuati a livello centrale, riducendo in tal caso i trasferimenti perequativi ed i valori delle compartecipazioni. Tali complesse operazioni si collocano nell'ambito di apposite convenzioni da stipularsi tra le regioni ed il

²⁷ Sono esclusi dalla nuova disciplina i finanziamenti per finalità e programmi specifici (ricerca sanitaria; attività di ricerca e di relativa assistenza degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico; progetti regionali per il perseguimento di obiettivi prioritari del Piano sanitario nazionale; accordi internazionali). Resta altresì il finanziamento centrale per integrare le risorse della Sicilia e della Sardegna.

Ministero della sanità per l'attuazione di programmi operativi di riorganizzazione, riqualificazione o potenziamento dei servizi sanitari regionali, nella stessa linea che ispira la disciplina del "Patto di stabilità" introdotto dall'art. 28 legge n. 448/1998 e che connota i rapporti e le modalità "concertate" delle misure legislative e programmatiche nei settori a più elevata incidenza sociale e finanziaria.

Dal sintetico richiamo ai punti qualificanti del disegno di federalismo fiscale in sanità, acquistano dunque ulteriore valenza e non differibile operatività le esigenze già da tempo evidenziate dalla Corte sulla tempestiva e puntuale definizione del quadro informativo²⁸, con il concorso attivo delle regioni e delle aziende, cui deve corrispondere al livello centrale una soddisfacente riagggregazione fondata sui nuovi modelli introdotti di contabilità economica, anche a fini di leggibilità complessiva e di monitoraggio del sistema²⁹. Ciò sia in vista della successiva programmazione, che nella prospettiva dell'attivazione dei richiamati trasferimenti interregionali finalizzati a garantire, tra l'altro, il finanziamento dei livelli uniformi di assistenza sulla base delle indicazioni del Piano sanitario nazionale (PSN), accertando la coerenza delle performances dei servizi regionali ai valori di riferimento individuati a livello centrale (utilizzo dei servizi, costi e qualità dell'assistenza).

Tali linee direttrici, comuni, come si è detto, alla disciplina del Patto di stabilità introdotto dall'art. 28 della legge n. 448/1998 - le cui prime esperienze appaiono proprio fondate su di un approccio ispirato a tali momenti di confronto e di cooperazione³⁰ - richiedono dunque un deciso potenziamento anche delle articolazioni centrali a ciò deputate ed in particolare di quelle oggi facenti capo al Dipartimento per la programmazione, da inserire nel nuovo contesto disegnato dal

²⁸ Al riguardo la Corte, nel ribadire l'esigenza di una tempestiva raccolta degli elementi informativi per il monitoraggio e la correzione degli andamenti registrati e la nuova impostazione delle previsioni finanziarie, programmatiche e normative, aveva già segnalato l'opportunità di una semplificazione ed uniformazione delle richieste informative, sia per non appesantire le Regioni e le aziende con una "domanda" eccessiva di informazioni, sia per evitare l'inverso pericolo di tardivi, incompleti o addirittura assenti flussi informativi.

²⁹ Art. 16 legge n. 362 del 1988.

³⁰ Vedi par 3.4.

d lgs. 30 luglio 1999, n. 300 - che prefigura l'unitario ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali³¹ - non nel senso di meccanica trasposizione di strutture e di personale, ma di sostanziale riqualificazione degli apparati nel senso richiesto dall'ordinamento.

Conoscenza e riagggregazione dei dati, valutazione comparata delle diverse realtà gestionali e dei modelli operativi, sostegno, supporto al riallineamento con i valori di riferimento individuati a livello centrale, indicazione degli indirizzi e delle linee programmatiche di settore: sono queste le direttrici, da tempo indicate dalla Corte come qualificanti le strutture e le funzioni centrali, oggi da espletarsi con il necessario concorso dell'Agenzia per i Servizi sanitari regionali e della Conferenza Stato-regioni. La riuscita complessiva del sistema richiede altresì il coordinato funzionamento del sistema dei controlli interni (espressamente coinvolti dal comma 7 dell'art. 28 della legge n. 448/1998 e recentemente, riordinati dal d.lgs. n. 286/1999).

L'intero settore della sanità - e non solo gli apparati centrali - è stato, come è noto, interessato dalla riforma contenuta nel d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229 - c.d. "riforma ter" - che ha inteso integrare il processo di riordino avviato con i precedenti decreti legislativi n. 502/92 e n. 517/93 nelle linee di regionalizzazione e di aziendalizzazione del SSN.

Profili qualificanti della nuova disciplina sono: il potenziamento del ruolo dei comuni nella programmazione dell'assistenza sanitaria; la ridefinizione dei meccanismi di accreditamento; l'attivazione dei distretti socio-sanitari; l'introduzione dei fondi integrativi del SSN; il ruolo assegnato alla formazione; il ridisegno della dirigenza sanitaria, con la decisa affermazione dell'esclusività del rapporto di lavoro.

Particolare attenzione viene data nella riforma alla programmazione (regionale ed aziendale), da elaborarsi ed attuarsi strettamente a quella centrale, in una complessa interazione dei momenti e dei livelli di pianificazione, che

³¹ Art. 45, 46, 47.

richiedono pertanto non burocratici approcci, ma tempestive e coerenti prospettazioni nella definizione di politiche complesse, alla cui elaborazione ed attuazione è chiamata una pluralità di attori e di diversi livelli di governo.

In tale stretta interrelazione peculiare rilievo assume la problematica relativa alla definizione dei “livelli essenziali e uniformi di assistenza”, da definirsi, secondo le indicazioni del Piano sanitario nazionale nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell’equità nell’accesso all’assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell’economicità nell’impiego delle risorse. E’ dunque di centrale importanza il rilievo sostanziale delle coordinate finanziarie di riferimento: il comma 3 dell’art. 1 del d.lgs. n. 229/99 stabilisce infatti che “l’individuazione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza assicurati dal Servizio sanitario nazionale, per il periodo di validità del Piano sanitario nazionale, è effettuata contestualmente all’individuazione delle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale, nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite per l’intero sistema di finanza pubblica nel Documento di programmazione economico finanziaria”. La correlazione è dunque sia nei confronti del Piano sanitario nazionale (i cui livelli essenziali di assistenza - comprendenti le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni relativi alle aree di offerta - sono riferiti all’assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro; all’assistenza distrettuale; all’assistenza ospedaliera³²) che al Documento di programmazione economico finanziaria.

Tale fondamentale esigenza di raccordo tra livelli e risorse, reiteratamente segnalata dalla Corte, anche alla luce delle risultanze contabili, che hanno sinora evidenziato il ripetersi di sensibili squilibri tra quantificazioni previsionali ed effettive necessità del settore, impegna nella sua soluzione non il solo Ministero, ma anche gli altri livelli di governo³³ del sistema (Ministero del tesoro;

³² Tali livelli sono *ex lege* estesi anche al triennio 1998-2000.

³³ Si ricorda che già nel D.p.e.f. 1998 il Governo si mostrava consapevole della necessità di una verifica dei livelli di assistenza, da compiere attraverso gli strumenti della programmazione sanitaria nazionale, “individuando soglie essenziali, appropriate ed efficaci di assistenza, rispetto alle quali concentrare la

Conferenza Stato-Regioni) nel senso di pervenire ad una più coerente individuazione delle prestazioni da assicurare e dei relativi costi³⁴. La mancata soddisfacente soluzione di un problema - peraltro di indubbia complessità non solo tecnica, ma coinvolgente la definizione della reale misura del diritto alla salute da garantire attraverso il SSN, e di decisivo impatto sugli equilibri strutturali e territoriali, oltre che finanziari - appare ancora maggiormente evidente alla vigilia dell'accennata evoluzione dei nuovi meccanismi fiscali.

Nella imminenza del nuovo PSN la Corte ribadisce dunque le osservazioni già espresse in occasione del Piano sanitario nazionale 1998-2000³⁵ - approvato, con un consistente ritardo rispetto a quello precedente, (d.P.R. 1 maggio 1994, per il triennio 1994-1996) - sollecitando, oltre al necessario rispetto delle scansioni temporali di tale fondamentale strumento di programmazione, ad una prioritaria attenzione al problema di una più puntuale quantificazione finanziaria dei livelli essenziali e uniformi di assistenza da assicurare sull'intero territorio nazionale.

La centralità del problema, così come l'essenziale conoscenza dell'effettiva traduzione nelle realtà gestionali degli obiettivi indicati dalla riforma, conferma, dunque, l'esigenza di un quadro conoscitivo puntuale e tempestivamente reso, al quale dovrebbe prioritariamente e tempestivamente concorrere la Relazione sullo stato sanitario del Paese, così come l'"Osservatorio sull'attuazione del PSN", previsto presso il Dipartimento della programmazione. Tali funzioni e strutture sono, come si è accennato, da potenziare e riqualificare, nel nuovo contesto disegnato dal d.lgs. 300/99, alla luce del crescente indicato ruolo di monitoraggio

garanzia di risposta uniforme sull'intero territorio nazionale", nell'intento di assicurare uniformità effettiva alla copertura assistenziale della popolazione nelle diverse realtà locali per ragioni di equità sociale, pur in presenza di vincoli finanziari, agendo contemporaneamente sulla domanda, sull'offerta e sui sistemi di finanziamento. Era a ciò funzionale l'attività del "nucleo tecnico di verifica per il monitoraggio dei livelli di assistenza sanitaria fissati dal PSN 1994-1996", invitato, nella delibera CIPE 5 agosto 1998, di riparto del FSN 1998, alla rapida conclusione dei lavori "per consentire la tempestiva definizione dei criteri previsti dalla legge e la loro applicazione alla proposta di ripartizione del FSN sin dal prossimo anno".

³⁴ Va ricordato, quanto al finanziamento dei livelli di assistenza "essenziali" ed "appropriati", che la quota capitaria, che "esplicita il valore pro-capite medio nazionale per assicurare la copertura finanziaria dei livelli di assistenza essenziali" - anche se non costituisce l'equivalente finanziario dei servizi e delle prestazioni da assicurare ad ogni cittadino - era determinata dal PSN per il 1998 in lire 1.795.305, da incrementare del 3% per gli esercizi successivi (1.849.165 lire per il 1999 e lire 1.904.640 per il 2000).

³⁵ Relazione sul rendiconto generale dello stato 1998 volume III tomo II pag. 206.

e di indirizzo dei livelli centrali, da svolgersi in sinergia con l'Agenzia per i Servizi sanitari regionali e la Conferenza Stato-Regioni, nell'accennata evoluzione dell'ordinamento, che - orientato in tutti i settori ai principi del c.d. federalismo amministrativo - trova proprio in materia sanitaria una più marcata, anche per quanto concerne l'impatto finanziario, connotazione.

3.2. Le linee programmatiche.

Come emerge dalle coordinate finanziarie ed ordinamentali sinteticamente richiamate, e tra l'altro maturate nel medesimo contesto temporale - evidenziato dagli espliciti richiami tra i diversi documenti programmatici e la stessa legge di riforma ter del SSN³⁶, non è dunque agevole ricostruire il complessivo quadro programmatico in termini di immediata coerenza con le scansioni proprie del processo di bilancio disegnato dalla legge n. 468/1978³⁷ e di connessa verifica a consuntivo delle risultanze contabili riferite al solo Stato, anche a fronte della ricordata complessità, in corso di ulteriore evoluzione, dei centri di spesa e dei meccanismi fiscali che presiedono il settore.

Nella consapevolezza di ciò - e del ruolo fondamentale che in materia rivestono le Regioni e la Conferenza Stato-regioni - non si intende dunque operare una astratta ricostruzione delle politiche pubbliche in sanità, ma verificarne una lettura anche in termini finanziari, oltre che di adempimenti amministrativi, riferibili a talune direttrici di fondo, nella preliminare avvertenza della inevitabile discrasia tra annuale programmazione di bilancio (e relativa analisi delle risultanze a consuntivo) e politiche fisiologicamente non definite e perseguite con cadenze solo annuali, ma che abbracciano per loro intrinseca natura cicli di

³⁶ E' appena il caso di ricordare che anche il d.lgs. n. 229/1999, attuativo della delega contenuta nella legge n. 419/1998, nasce come attuazione di un esplicito obiettivo contenuto nel D.p.e.f. 1997-1999, tradotto in un provvedimento collegato alla manovra 1998 (si tratta del d.d.l. 4230, collegato "istituzionale" alla finanziaria 1998). Si ricorda che in una formulazione approvata dalla Camera dei deputati era previsto che all'individuazione - attraverso il PSN - dei livelli uniformi ed essenziali di assistenza si accompagnasse la conseguenziale attribuzione delle correlate risorse finanziarie necessarie in sede di bilancio. Vedasi Servizio del bilancio del Senato della Repubblica, (XIII legislatura, nota di lettura n. 25 del giugno 1998).

³⁷ Oggi, come è noto, integrata dalla legge n. 208/1999.

programmazione riferibili a dimensioni temporali pluriennali, con la conseguente non agevole ricostruzione, nell'esame riferito ad un esercizio finanziario, dell'impatto dei documenti programmatici di medio periodo.

In tale approccio si è dunque ritenuto di operare una preliminare ricognizione della programmazione prevista nel PSN, con l'individuazione degli obiettivi avviati, con particolare attenzione alla ricostruzione di specifici interventi che trovano riflesso nelle competenze e nelle conseguenti allocazioni contabili del Ministero della sanità o che ne coinvolgono comunque le funzioni (Programma nazionale della qualità; Piano straordinario per le grandi città di cui all'art. 71 della legge 23 dicembre 1998 n. 448; Edilizia sanitaria; Programma per la realizzazione di strutture per cure palliative e di assistenza ai malati terminali).

E' peraltro da ricordare al riguardo la carenza, già segnalata dalla Corte, del circuito programmatico delineato dal d.lgs. n. 29/1993 e sviluppato nelle norme di riforma del bilancio (legge n. 94/1997) e dei controlli (d.lgs. n. 286/1999), cui solo da ultimo l'Amministrazione sembra aver riservato maggiore attenzione³⁸, essenziale nel quadro delle riforme amministrative ai fini di una corretta distribuzione delle risorse, nella fisiologica scansione tra programmazione, attuazione degli interventi, verifica dei risultati. E' quindi da sviluppare un più puntuale raccordo tra i documenti programmatici generali e gli atti di indirizzo del Ministro.

Anche la generale analisi delle dinamiche finanziarie del settore parte dalle misure indicate nei D.p.e.f. e nel collegato per il 1999, operando rispetto al quadro previsionale una lettura allargata, come già nel passato, oltre alle risultanze contabili nel rendiconto dello Stato, anche ai dati provvisori sul fabbisogno 1999 emergenti dagli elementi ufficiali in possesso³⁹, e dedicando una più specifica attenzione sulla situazione dei disavanzi alla luce del patto di stabilità.

3.2.1 Gli obiettivi di carattere prioritario.

³⁸ Vedasi la nota "preliminare" per il b.l.v. 2000.

³⁹ In particolare utilizzando i dati contenuti nella *Relazione generale sulla situazione economica del Paese*,

Per la realizzazione dei programmi regionali finalizzati alla realizzazione di obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale individuati dal PSN 1998-2000, erano destinate quote vincolate del fondo sanitario nazionale nella misura del 3% per ciascuno degli anni del triennio 1998-2000, ai sensi dell'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662 e dell'articolo 33 della legge 27 dicembre 1997, n. 449.

Gli obiettivi prioritari indicati dal Ministero, in linea con le indicazioni del PSN concernono la riduzione delle liste d'attesa per i ricoveri ospedalieri e per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale; la realizzazione di campagne di screening per la diagnosi precoce dei tumori femminili; il potenziamento dell'assistenza domiciliare; il miglioramento dell'assistenza a favore dei soggetti affetti da malattie mentali. Le regioni hanno predisposto progetti pluriennali per il perseguimento di tali obiettivi sul proprio territorio, valutati dal Ministero della sanità, con il supporto dell'Agenzia dei servizi sanitari regionali, e riesaminati nel confronto con le regioni e la Conferenza Stato-regioni. I progetti approvati, ammessi al finanziamento e avviati sono 65,⁴⁰ di cui: 19 relativi alle liste d'attesa (che hanno assorbito il 23% dei primi finanziamenti assegnati nel 1999, a valere sui fondi 1998, pari a 1.190 mld di lire); 21 relativi agli screening (16%), 17 relativi al potenziamento dell'assistenza domiciliare integrata (36%), 37 relativi alla salute mentale (21%) e 1 relativo all'attivazione del sistema di emergenza sanitaria 118 in Puglia (4%).

3.2.2 L'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale.

L'integrazione tra l'assistenza sanitaria e sociale costituisce un obiettivo qualificante sia del PSN che dei D.p.e.f., in una ottica di integrazione delle responsabilità e delle risorse orientata a migliorare l'efficacia degli interventi, nel collegamento tra strutture ospedaliere e ambiti territoriali di assistenza, tra cure

⁴⁰ Sul versante finanziario le disposizioni delle leggi 23/12/1998, n. 448 e 23/12/1999, n. 488 e del d.l. 3/3/2000, che hanno ridotto le disponibilità 1999 e 2000 per il finanziamento dei progetti rispettivamente a 1.006 e a 170 mld di lire, hanno reso necessaria una revisione dei progetti già avviati ed un rinvio delle assegnazioni sui fondi dei due anni.

residenziali e domiciliari, tra medicina generale e specialistica⁴¹. Nel D.p.e.f. 1999-2001 vengono ribadite le priorità di tale tipo di intervento mediante linee programmatiche relative al perseguimento di progetti innovativi nei servizi residenziali e domiciliari ai non autosufficienti (anziani e non), ai malati cronici e malati terminali, attraverso la predisposizione e l'attuazione di politiche nazionali e regionali che consentano di mantenere contenuti i costi e che coinvolgano direttamente gli enti locali, il volontariato e le famiglie anche attraverso forme di cofinanziamento.

In materia, è opportuno richiamare quanto riportato nella *Relazione generale sulla situazione economica del Paese*, circa la spesa ricompresa nella voce “altre prestazioni”, che si riferisce ad un insieme di funzioni (assistenza riabilitativa; assistenza integrativa, intesa come assistenza agli anziani, ai disabili ed ai tossicodipendenti; assistenza protesica; cure termali; etc.), che evidenzia un trend crescente anche nella seconda metà del decennio, sia in termini assoluti (passando dai 6.089 mld del 1995, ai 9.276 del 1999), sia in termini relativi (assorbendo il 6,5% delle spese totali nel 1995 ed il 7,8% nel 1999); tali dati ripropongono dunque l'esigenza di una enucleazione delle distinte forme di finanziamento, anche alla luce della riferita attenzione, nelle norme e nei documenti programmatici, alla integrazione dell'assistenza sanitaria e sociale.

Si segnala che per il perseguimento dell'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale, sono state individuate risorse finanziarie con provvedimenti specifici, integrati dalla legge finanziaria per il 2000⁴². Al riguardo, in base al comma 6 dell'art. 1 del d.l. 28 dicembre 1998 n. 450, convertito dalla legge n. 39/1999

⁴¹ Sono da considerarsi prioritarie dal PSN nell'integrazione socio-sanitaria le attività afferenti all'area materno-infantile; handicap; anziani, con particolare riferimento ai soggetti non autosufficienti; salute mentale; tossicodipendenza; condizioni che richiedono una assistenza prolungata e continuativa, con particolare riferimento alle patologie oncologiche e alle infezioni da HIV. Per la realizzazione degli obiettivi specifici suindicati sono stati sinora predisposti solo alcuni documenti programmatici, nei quali sono evidenziate le linee guida da seguire per il raggiungimento degli standard negli stessi stabiliti: si tratta del progetto obiettivo materno infantile e del programma nazionale handicap.

⁴² La tabella D, della legge n. 23 dicembre 1999 n. 488 (legge finanziaria 2000) individua 300 mld per ciascuno degli anni del triennio 2000-2002 da destinare agli interventi urgenti necessari al raggiungimento dell'obiettivo riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri urbani (sanità 5.2.1.3, cap, 7560). Vedasi par. 3.2.5.

vengono attribuiti alle regioni 150 mld da destinare all'assistenza domiciliare con particolare riferimento ai pazienti in fase critica.

3.2.3 Il Programma per la realizzazione di strutture per cure palliative e di assistenza ai malati terminali.

La stessa legge n. 39/99, di conversione del d.l. n. 450/98, in coerenza alle richiamate indicazioni programmatiche⁴³, all'art.1 comma 1, assegna risorse per interventi finalizzati alla realizzazione, in ciascuna regione e provincia autonoma, di almeno una struttura dedicata all'assistenza palliativa e di supporto, prioritariamente per i pazienti affetti da patologia neoplastica terminale che necessitano di cure finalizzate ad assicurare agli stessi e ai loro familiari una migliore qualità della vita. Per la realizzazione delle strutture stesse viene prevista una somma di 310 mld per 3 anni consecutivi, (oltre ai ricordati 150 mld da destinare all'assistenza domiciliare con particolare riferimento ai pazienti in fase critica).

Con provvedimento ministeriale⁴⁴ sono state predisposte le caratteristiche del "Programma nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative", attuando altresì il riparto delle somme assegnate a tal fine dalla legge, per le prime due annualità delle tre previste. Il programma prevede la individuazione di indicatori per la verifica e la valutazione della qualità dell'assistenza erogata dalle nuove strutture e la predisposizione, contestualmente ai progetti e ai piani di integrazione delle nuove strutture, di programmi di comunicazione da attivare per informare i cittadini; il decreto sui criteri e sull'assegnazione delle risorse va

⁴³ Il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 dedica una particolare attenzione alle varie fasi della vita, identificando quelle nelle quali l'attenzione alla tutela della salute è di primaria importanza. In particolare rispetto alla fase terminale della vita il Piano afferma che le persone affette da patologie evolutive irreversibili, per le quali non esistono trattamenti risolutivi, necessitano di un'assistenza finalizzata al controllo del dolore, alla prevenzione e cura delle infezioni, al trattamento fisioterapico e al supporto psico-sociale. Le necessità assistenziali di questi soggetti coinvolgono, oltre al paziente anche la famiglia, prima e dopo il decesso del malato, essendo l'intervento mirato ed integrato al sostegno psico-sociale del malato e dei suoi familiari. Il Piano prevede inoltre che quando non sia possibile assicurare in questa fase un'assistenza di buona qualità presso la famiglia devono essere realizzate strutture residenziali e diurne (hospice) adeguate alla natura dei problemi, autorizzate ed accreditate.

⁴⁴ Il d.m. è nella G.U. n. 55 del 4 marzo 2000.