

peraltro completato dal provvedimento relativo ai requisiti minimi delle strutture di cure palliative (hospice) ad integrazione dei requisiti per l'esercizio dell'attività sanitaria approvati con d.P.R. 14 gennaio 1997⁴⁵.

3.2.4 Il Programma nazionale della qualità.

Tra gli obiettivi identificati dallo stesso PSN assume particolare rilievo il "Programma nazionale della qualità" che tende a garantire adeguati livelli di qualità dell'assistenza sanitaria attraverso l'introduzione di meccanismi finalizzati a rendere vincolante e generalizzato lo sviluppo delle attività di valutazione e promozione della qualità dell'assistenza da parte degli operatori sanitari e delle strutture pubbliche e private accreditate, anche mediante l'apporto degli utenti e delle organizzazioni che li rappresentano e l'estensione del sistema di indicatori⁴⁶.

In sede di finanziaria per il 1999, le misure adottate riguardano "l'attivazione di idonei e sistematici strumenti di controllo dell'effettivo comportamento tenuto dagli erogatori di prestazioni sanitarie in ordine all'appropriatezza e alla qualità dell'assistenza"⁴⁷. Si ricorda altresì la previsione che le regioni e province autonome svolgano una vigilanza sull'uso corretto ed efficace delle risorse in modo da realizzare una riduzione dell'assistenza ospedaliera erogata in regime di ricovero ordinario, anche attraverso il potenziamento di forme alternative alla degenza ordinaria, nella misura annuale non inferiore al 2,5% dei ricoveri e della spesa complessiva a tal fine registrata nell'anno precedente⁴⁸. Tale misura si innesta nelle più generali linee programmatiche di ridefinizione del livello dell'offerta, ispirata a criteri (oltre che

⁴⁵ Le Regioni dovranno inviare, entro 180 giorni dalla data di pubblicazione di quest'ultimo decreto, i programmi per la realizzazione della rete di assistenza e delle strutture di cure palliative al Ministero della sanità, che provvederà a verificare l'adeguatezza dei progetti con i requisiti stabiliti, e ad erogare i finanziamenti secondo le quote previste dal riparto.

⁴⁶ Già previsti dal 3° comma dell'art. 10 e dell'art. 14 del d.lgs. n. 502/1992 e definiti dal d.m. 24 luglio 1995 e dal d.m. 15 ottobre 1996.

⁴⁷ Art. 72 comma 1 legge n. 448/98 risultano stanziati 189,5 mld (con 379,5 mld per gli esercizi successivi. Ulteriori misure concernenti il potenziamento degli interventi, già previsti dalla legge n. 448/1998, di controllo dei comportamenti degli erogatori di prestazioni sanitarie in ordine alla qualità ed alla appropriatezza dell'assistenza sanitaria, nonché la partecipazione della regione alla spesa per le prestazioni erogate in regime libero professionale sono previste nella finanziaria 2000 (art. 28, c.10).

⁴⁸ Legge n. 448 del 23 dicembre 1998 (finanziaria per il 1999 art. 72, comma 3).

di contenimento della spesa) di progressiva riduzione del volume di ricoveri in regime di degenza ordinaria ed assume ulteriore valenza non solo in termini di riqualificazione del settore, ma anche di concreta garanzia della stessa tenuta della copertura finanziaria delle componenti retributive della dirigenza sanitaria correlate, nelle disposizioni normative e contrattuali, proprio all'attivazione e realizzazione di tali meccanismi di risparmio⁴⁹.

3.2.5 Il Piano straordinario per le grandi città.

L'attenzione del D.p.e.f. 1999-2001 nel settore sanitario si è accentrata anche su iniziative volte a favorire la riduzione dei divari fra Nord e Sud del Paese nell'offerta di servizi, la realizzazione di interventi per la sicurezza delle strutture sanitarie e la messa a norma degli impianti e delle attrezzature, soprattutto nelle grandi città, a fronte della crescente esigenza di ammodernamento dell'offerta di prestazioni sanitarie. In tale contesto era prevista la promozione di una politica nazionale e di politiche regionali volte a sviluppare servizi innovativi, a costi contenuti, coinvolgenti direttamente gli enti locali, il volontariato e le famiglie, anche attraverso forme di cofinanziamento. Al fine di assicurare tali interventi, soprattutto nelle grandi città, con particolare attenzione al Mezzogiorno, erano destinate risorse per circa 100 mld per l'esercizio 1999 e 700 mld annui per gli esercizi 2000 e 2001 dall'art. 71 della legge 23 dicembre 1998 n. 448.

Il piano straordinario per le grandi città prevede dunque un finanziamento a carico dello Stato 1.500 mld, (integrati con ulteriori 900 mld dalla legge finanziaria 2000), insieme a cofinanziamenti pubblici o privati obbligatori per almeno il 30% del costo dei singoli progetti. Il programma non prevede quote prestabilite, ma si propone di allocare le risorse in relazione alle situazioni emergenti dai progetti, alle criticità da superare, ai modi, ai tempi di intervento e alla validità dell'analisi di contesto effettuata. La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, su proposta del Ministro

⁴⁹ Art. 72 legge n. 448/1998; art. 28 legge n. 448/1999; ipotesi di C.C.N.L. relativi all'area III e IV della dirigenza del S.S.N. sottoscritta in data 28 marzo 2000.

della sanità, individua i progetti ammessi a finanziamento nei limiti delle risorse stanziare, assicurando almeno un progetto per Regione⁵⁰.

Sul piano degli adempimenti amministrativi, si segnala che con d. m. 15 settembre 1999⁵¹, sono stati fissati i criteri, le modalità ed i termini per la elaborazione e la presentazione dei progetti con la indicazione, nell'allegato, dei criteri indicativi per la valutazione e l'attivazione delle azioni di sostegno, anche in relazione alle criticità più significative del sistema sanitario delle grandi aree urbane⁵².

3.2.6 L'edilizia sanitaria: l'attuazione della seconda fase del programma di investimenti ex art. 20 legge n. 67/1988.

Di particolare valenza quantitativa e qualitativa è il programma di investimenti ex art. 20 legge n. 67/1988⁵³, che si innesta in un quadro complessivo di riordino della rete ospedaliera, che ha trovato ampia considerazione nei documenti programmatici e nelle manovre finanziarie degli ultimi anni, in un'ottica ispirata a criteri di ridefinizione del livello dell'offerta (oltre che coerente con le generali esigenze di contenimento della spesa) e di progressiva riduzione del volume di ricoveri in regime di degenza ordinaria⁵⁴.

⁵⁰ Va segnalato che in caso di inerzia delle regioni, i Comuni possono presentare direttamente propri progetti al Ministero della sanità.

⁵¹ Pubblicato sulla G.U. del 5 gennaio 2000.

⁵² Dall'applicazione di alcuni parametri (concentrazione dell'offerta ospedaliera in strutture di grandi dimensioni; assistenza erogata a utenti non residenti; indice di vecchiaia; tasso di mortalità infantile) sono state individuate le seguenti città: Roma, Milano, Napoli, Torino, Genova, Palermo, Bologna, Firenze, Catania, Bari, Venezia, Taranto, Reggio Calabria, Cagliari, Perugia, alle quali, in sede di Conferenza Stato Regioni, sono state aggiunte: Ancona; Perugia; Campobasso; Potenza; Catanzaro, l'Aquila. Risultano sinora ripartiti dal Ministero solo 15 mld, in anticipazione alle regioni con il citato D.M. 8 febbraio 2000.

⁵³ La norma aveva previsto, con un limite complessivo di spesa di 30.000 mld, un programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento del patrimonio sanitario pubblico e di realizzazione di residenze per anziani e soggetti non autosufficienti ad opera di Regioni, Province autonome, IRCCS, Policlinici, Università, Istituti zooprofilattici sperimentali, da finanziarsi con operazioni di mutuo con oneri a carico dello Stato per il 95% e con il 5% a carico delle Regioni e degli altri enti richiedenti.

⁵⁴ Come si è detto, la finanziaria per il 1999 prevede che regioni e province autonome svolgano una vigilanza sull'uso corretto ed efficace delle risorse in modo da realizzare una riduzione dell'assistenza ospedaliera erogata in regime di ricovero ordinario, anche attraverso il potenziamento di forme alternative alla degenza ordinaria, nella misura annuale non inferiore al 2,5 % dei ricoveri e della spesa complessiva a tal fine registrata nell'anno precedente.

In questo disegno complessivo di ristrutturazione della rete ospedaliera e di rimodulazione della domanda e dell'offerta concorrono in misura decisiva l'utilizzazione dei fondi per l'edilizia e la parallela evoluzione anche del sistema di remunerazione dei soggetti pubblici e privati produttori di prestazioni sanitarie. Il nuovo sistema (che ha, come è noto, richiesto ulteriori interventi correttivi in ordine ai c.d. "raggruppamenti omogenei di diagnosi" - DRG⁵⁵), sottende e privilegia infatti una logica di pianificazione che, nel considerare l'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.

Nell'attuazione del programma per l'edilizia sanitaria, coinvolgente anche gli Organi centrali (Ministeri sanità e tesoro, CIPE), due appaiono le novità di maggiore spessore: la previsione della stipula di accordi di programma ed il trasferimento dal CIPE alle diverse amministrazioni settorialmente competenti dei compiti di gestione tecnica amministrativa e finanziaria già ad esso attribuiti. A tale disegno⁵⁶ è stata data attuazione con deliberazione CIPE n. 141 del 6 agosto 1999, con la riconduzione allo stesso CIPE di una generale competenza sulle questioni di rilevante valenza economico finanziaria e della funzione di coordinamento a livello territoriale o settoriale (art. 1), accompagnata dalla parallela devoluzione dei compiti più marcatamente gestionali alle amministrazioni competenti. Nella fisiologica area di competenza del Ministero della sanità sono state dunque ricondotte (art. 4), tra le altre, le funzioni relative all'ammissione a finanziamento dei progetti di edilizia sanitaria suscettibili di immediata realizzazione (art. 20, c. 5bis), il che dovrebbe contribuire ad accelerare scansioni procedurali che, soprattutto nella prima fase del programma, avevano evidenziato lungaggini e discrasie⁵⁷.

⁵⁵ Art. 8 commi 5 e 7 d.lgs. n. 502 del 1992. Vedasi ora gli artt. 8-quinquies (accordi contrattuali) e sexies (remunerazione) del d.lgs. n. 229/99.

⁵⁶ Previsto dall'art. 7 della legge n. 94/1997 e precisato dall'art. 3 della legge n. 144/1999.

⁵⁷ Cfr. Relazioni precedenti.

L'altra rilevante novità istituzionale è rappresentata dalla previsione contenuta nell'art. 5 del d.lgs. n. 229/1999⁵⁸, che consente in materia la stipula di accordi di programma⁵⁹ con le regioni e con altri soggetti pubblici interessati aventi ad oggetto l'accelerazione delle procedure e la realizzazione di opere, con particolare riguardo alla qualificazione e messa a norma delle strutture sanitarie. E' importante segnalare nella normativa la previsione - che peraltro rinvia agli stessi accordi di programma - di funzioni di monitoraggio e di vigilanza demandate al Ministero della sanità, di particolare rilievo, attesa l'ulteriore previsione (comma 3) che, in caso di mancata attivazione del programma oggetto dell'accordo entro i termini previsti, le risorse finanziarie vengano riprogrammate e riassegnate in favore di altre regioni o enti pubblici interessati al programma di investimenti, tenuto conto della capacità di spesa e di immediato utilizzo.

In tale scenario assume dunque ulteriore spessore la sollecitazione, già espressa, ad un recupero della capacità progettuali per quelle Regioni che nel passato hanno evidenziato valori non soddisfacenti di attrazione delle risorse e concrete performances realizzative⁶⁰, anche alla luce della disposizione contenuta nell'art. 1 della legge n. 144/1999, che prevede che sia le amministrazioni regionali, che quelle centrali si dotino di propri nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici. Ad essi, in raccordo tra loro e con il Nucleo del Ministero del tesoro, bilancio e p.e., è affidato il supporto tecnico nelle fasi di programmazione valutazione, attuazione e verifica dei piani, programmi e politiche di interventi promossi ed attuati, così contribuendo alla realizzazione - in una sinergia tra Organi centrali ed Autonomie, tramite la utilizzazione comparata di sistemi e metodologie progettuali - di strutture riqualificate in coerenza alle indicate linee programmatiche generali e di settore.

⁵⁸ Si tratta dell'art. 5-bis inserito dopo l'art. 5 del d.lgs. 30 dicembre 1992, n.502, e successive modificazioni (Ristrutturazione edilizia e ammodernamento tecnologico).

⁵⁹ Sul piano dell'evoluzione procedurale erano già state registrate le inclusioni della materia nelle intese istituzionali di programma, in base alla legge n. 662/1996 (Toscana e Lombardia), ponendo le premesse di un utile potenziamento della programmazione concertata in un settore di particolare rilievo finanziario.

⁶⁰ Cfr. Relazioni precedenti.

Gli accordi⁶¹ connotano dunque la seconda fase del programma straordinario, avviato con delibera CIPE n. 52 del 6 maggio 1998, con la quale è stato approvato il quadro programmatico generale (Programma nazionale quadro) relativo al completamento del programma, con la ripartizione alle Regioni ed alle Province autonome della somma risultante dalla differenza tra la quota complessiva e quanto effettivamente assegnato nel primo triennio, per un ammontare complessivo di 20.600 mld, con una riserva di 1.226,811 mld destinata agli enti diversi dalle Regioni⁶². Con delibera n. 53 in pari data è stato approvato il "programma specifico" per un ammontare complessivo di 2.500 mld, finalizzato ad interventi per opere complete o da completare, dotate di progetti esecutivi o preliminari, nonché ad interventi considerati prioritari per le esigenze di maggiore funzionalità del complesso delle strutture regionali e provinciali, richiedendo adeguata certificazione circa l'utilizzo delle risorse finalizzate ad un programma rivolto alla sicurezza delle strutture⁶³.

Alla migliorata capacità progettuale a livello regionale⁶⁴ deve dunque corrispondere una ulteriore risposta positiva anche nei tempi di istruttoria ai livelli

⁶¹ Nel corso del 1999 sono stati perfezionati gli accordi con le regioni Toscana e Lombardia e nel 2000 con la regione Basilicata, già promossi nell'ambito delle intese istituzionali di programma, utilizzando le risorse rese disponibili dall'art. 50 della legge finanziaria 1999 (legge n. 448/1998), successivamente integrate dalla legge n. 39/1999, che hanno complessivamente stanziato 4.000 mld per la prosecuzione del programma, incrementati dalla legge finanziaria 2000 (legge n. 488/1999) con ulteriori 8.127 mld. In relazione a dette disponibilità, e con il procedimento introdotto dal d.lgs. 229/99, nel corso del 1999 è stato anche sottoscritto l'accordo con la regione Emilia Romagna. L'amministrazione informa che sono stati definiti gli accordi con le Regioni Lazio, Umbria, Veneto e con la P.A. di Trento, e che risultano in avanzato stato di definizione gli accordi con le regioni Liguria e Marche, mentre è in corso l'attività di negoziazione dei contenuti degli accordi con tutte le altre regioni.

⁶² Si tratta degli enti di cui all'art. 4, comma 15 della legge n. 412/1991 (IRCCS, Policlinici, Università, Istituti zooprofilattici sperimentali).

⁶³ Dei 2.500 mld complessivamente rientranti nel programma specifico 1.476,9 risultano destinati al 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 procedure; 793,094 mld risultano destinati 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, comma 4, legge n. 449/1997. Una residua somma di 129,996 mld risulta infine accantonata e da assegnare agli enti di cui all'art.4, comma 15 della legge n. 412/1991 (IRCCS, Policlinici, Università, Istituti zooprofilattici sperimentali). Nella stessa data è stata disposta l'assegnazione e di quote residue del programma di interventi urgenti per la lotta all'AIDS, di cui alla legge n. 135/1990; il CIPE ha altresì deliberato l'utilizzo delle somme (165,908 mld) riservate dalla legge n. 34/96 al settore materno infantile, con particolare riferimento al completamento della rete consultoriale.

⁶⁴ Della indicata quota di 2.500 mld si registrano al 10 aprile 2000 autorizzazioni complessivamente pari a 2.227,8 mld; dedotte le quote riservate agli IRCCS, Policlinici, Università, Istituti zooprofilattici

centrali, conseguibile attraverso una riqualificazione delle strutture valutative ed un decisivo rilancio della funzione programmatoria, in linea con quanto previsto dalla legge n. 144/1999, in ordine alla tempestiva costituzione anche presso le amministrazioni centrali di efficienti nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici.

Nel contesto di riqualificazione del patrimonio immobiliare sanitario si inserisce anche il "Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS" (di cui alla legge n. 135/90), che prevede la costruzione e la ristrutturazione dei reparti di ricovero per malattie infettive, comprese le attrezzature e gli arredi, e l'istituzione e il potenziamento dei laboratori di virologia, microbiologia e immunologia, per un importo massimo di 2.100 mld⁶⁵. Con riguardo ad esso riemergono talune difficoltà progettuali, manifestatesi soprattutto nelle regioni del Mezzogiorno, nell'utilizzo delle quote di finanziamento assegnate. Ancora debole appare la richiesta di finanziamento per strutture alternative all'ospedale, tranne che da parte di alcune Regioni, come la Lombardia e l'Emilia Romagna; va peraltro considerato che il settore della residenzialità per i malati di AIDS viene svolto in larga parte da strutture a carattere privato sociale⁶⁶.

In relazione al nuovo ruolo della programmazione e dell'attuazione degli interventi in materia si segnala infine che, in base alla disciplina comunitaria

sperimentali, per le Regioni, a fronte di una assegnazione complessiva pari a 2.248,8 mld, le autorizzazioni risultano pari a 2.147,8 mld (96%). Quasi tutte le regioni hanno ottenuto il 100% delle autorizzazioni, salvo le Marche (89%) ed il Lazio (53%) per il centro-nord e, per il Mezzogiorno, la Sicilia (96%) e la Calabria (19%).

⁶⁵ Il d.l. 25 marzo 1997, n. 67 recante "Disposizioni urgenti per favorire l'occupazione", convertito dalla legge 23 maggio 1997 n. 135, all'art. 10, disciplina le modalità di ridestinazione dei finanziamenti stanziati dalla legge n. 135/90 per i reparti di malattie infettive, residuati alla data del 31 agosto 1996, pari a 464,7 mld. Con delibera n. 55/98 il CIPE ha assegnato alle regioni interessate la somma di 270,8 mld, accantonando la restante somma di 193,8 mld in attesa di ulteriori verifiche istruttorie da parte del Ministero della sanità. Nel termine stabilito dalla delibera CIPE (22 gennaio 1999), le regioni hanno presentato richieste di finanziamento per 81,7 mld, pari al 30% della quota totale assegnata incrementata alla data del 31 dicembre 1999 a 164,3 mld; peraltro, anche in relazione alla necessità di perfezionare tali richieste di finanziamento l'erogazione alla stessa data è pari a 117,8 mld.

⁶⁶ Per completezza di materia si ricorda che la legge n. 130/83 (Fondi Investimento Occupazione - FIO) prevedeva la possibilità, con appositi stanziamenti nello stato di previsione della spesa del Ministero del tesoro, bilancio e della p.e., di far fronte al finanziamento di progetti immediatamente eseguibili per rilevanti interventi di carattere economico, nell'edilizia e nelle infrastrutture, oggi praticamente esauriti.

relativa ai Fondi strutturali della U.E., è previsto il cofinanziamento della Comunità europea per la realizzazione nelle regioni del centro-sud dell'Italia di investimenti strutturali, per la ricerca e la formazione, anche nel settore sanitario; attualmente sono quattro le regioni che hanno attivato tale procedura (Basilicata, Puglia, Calabria e Sicilia).

3.3 Le dinamiche finanziarie.

3.3.1 Le misure indicate nei D.p.e.f. e nel collegato per il 1999.

Gli interventi sulla spesa sanitaria già indicati nel D.p.e.f. 1998-2000⁶⁷ concernevano la razionalizzazione, la riorganizzazione e la riqualificazione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), nell'intento di completare il progetto di riforma e di applicare le misure già previste dalla legge collegata alla Finanziaria 1997 (quali, ad esempio, l'attivazione della libera professione intramuraria dei medici e la fruizione di servizi alberghiero ospedalieri su richiesta degli assistiti, i percorsi diagnostici e terapeutici, l'osservatorio centrale acquisti e prezzi, la contestualità tra la contrattazione dei piani annuali preventivi e la fissazione del limite massimo della spesa sostenibile, la riduzione dei posti-letto sottoccupati) i cui effetti coinvolgevano più anni.

Temi prioritari di attenzione, anche alla luce delle dinamiche finanziarie riscontrate nei precedenti esercizi, erano il controllo della spesa ospedaliera e la rivisitazione del complesso sistema farmaceutico, (sia in tema di riclassificazione dei farmaci nelle previste "classi", che in ordine delle modalità di accesso ad esse, e dai percorsi di supporto alle decisioni tecniche del medico prescrittore, attivando un "osservatorio della prescrizione"). Per tale settore si riteneva necessaria una revisione generale in ordine alla disciplina del prontuario, ai criteri di distribuzione dei farmaci tra le diverse classi, alle modalità di accesso alle singole fasce, per garantire la tutela dei soggetti più deboli. L'intento era anche quello di promuovere una efficace informazione farmaceutica da parte del Servizio

⁶⁷ II-3.4.2 Il sistema sanitario.

Sanitario Nazionale a supporto delle decisioni tecniche del medico prescrittore, attivando un osservatorio della prescrizione attento ai profili di qualità dell'assistenza e di corretto impiego del farmaco⁶⁸.

Sul versante della spesa farmaceutica, la manovra per il 1999, interveniva prevedendo la realizzazione di risparmi rispetto al tetto di spesa per il 1999 già fissato dalla legge n. 449/97 (11.451 mld di lire, più un ulteriore incremento del 10%, purché contestuale ad una riduzione di spesa di altre funzioni) modificando anche i criteri per l'applicazione delle sanzioni per lo sfondamento. Per tale spesa, che assorbe ormai stabilmente circa l'12% delle spese correnti totali), emerge un trend crescente in termini assoluti, a partire dal 1996, con ritmi sostenuti (+44,2%, a livello nazionale, tra il 1995 e il 1999), che superano costantemente i limiti fissati dalle leggi finanziarie succedutesi. E' da segnalare che la spesa relativa al 1999 fornita dagli Assessorati alla sanità, pari a 14.691 mld risulta superiore al valore rendicontato dalle aziende⁶⁹.

Al di là della verifica dell'effettiva dimensione della spesa e della congruenza delle misure di contenimento sinora disposte, il dato ripropone la centralità, già sottolineata, di una univoca ricognizione informativa in tale nevralgico settore, oggi affidata all'Osservatorio nazionale sull'impiego dei medicinali, con compiti di raccolta, monitoraggio e analisi dei dati sui consumi, le modalità di impiego e la spesa per la totalità dei farmaci, inclusi quelli non a carico del SSN. In materia si ricordano anche le iniziative di informazione degli operatori sanitari sulle proprietà, sull'impiego e sugli effetti indesiderati dei medicinali, nonché per le campagne di educazione sanitaria.

Per quanto riguarda in particolare l'assistenza ospedaliera, l'indicazione della manovra per il 1999 era nel senso di una responsabilizzazione delle regioni e

⁶⁸ In tal senso, in base alla finanziaria per il 1998, risultano stanziati 50 mld sul cap. 1229 (2885) per somme da assegnare alle regioni e p.a., oltre a 40 mld sul cap. 6971 (2858) per spese di informazione ed educazione sanitaria in larga parte passati a residui (vedasi Vol. II, Capitolo relativo al Ministero della sanità).

⁶⁹ Relazione generale sulla situazione economica del Paese. Sulla base dei dati in possesso dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, la spesa farmaceutica convenzionata netta prevista in circa 12.600 mld nel FSN dalle prime stime, appare invece assestarsi nell'ordine dei 14.496 mld con un incremento dell'11,3% rispetto al 1998. Lo scostamento rispetto alle previsioni del FSN appare nel complesso pari a +15,1%.

delle province autonome nell'obiettivo di pervenire alla riduzione del volume di ricoveri in regime di degenza ordinaria (almeno l'1% annuo dei ricoveri e della spesa corrispondente)⁷⁰.

La spesa del SSN per l'assistenza ospedaliera, a partire dal 1997 è individuabile unitariamente in base alle rilevazioni di dati contabili delle aziende, aggregati per i sei livelli uniformi di assistenza definiti dal PSN 1996-1998: tale dato evidenzia, a livello nazionale, che la spesa ospedaliera assorbe il 54,8% della spesa complessiva. Gli andamenti rappresentati⁷¹, da ricondurre anche all'aumento nel consumo di risorse necessarie durante il ricovero ed alla possibile tendenza a ricorrere al ricovero per i casi relativamente più complessi, sono anche considerati come possibile sintomo di distorsioni nella codifica di diagnosi e procedure nelle schede, al fine di privilegiare i Drg cui sono associate tariffe maggiori: emerge dunque l'esigenza di attivare, soprattutto a livello regionale e aziendale, appropriati sistemi di controllo del comportamento degli erogatori, così come previsti anche da ultimo dalla citata legge finanziaria per il 1999.

Nella più generale problematica della rimodulazione dell'offerta ospedaliera va ricondotta anche la spesa per l'assistenza ospedaliera convenzionata, che nel corso del quinquennio 1995-1999 mostra una dinamica superiore rispetto all'insieme della spesa corrente, con un incremento complessivo del 38%, passando dai 10.708 mld del 1995, ai quasi 15.000 mld del 1999 ed assorbendo a livello nazionale, nel 1999, il 12,4% delle spese totali, rispetto all'11,5% del 1995.

Anche nel D.p.e.f. 1999-2001 si dedica particolare attenzione alla razionalizzazione della spesa, già iniziata con il riordino del SSN, attraverso il sistema dei controlli, il completamento del processo di aziendalizzazione in tutte le realtà sanitarie, la realizzazione operativa dell'istituto dell'accreditamento in

⁷⁰ Nonostante le ripetute indicazioni programmatiche, il tasso di ospedalizzazione resta piuttosto elevato, facendo rilevare valori superiori alla media dei paesi europei, mentre il volume di posti-letto totali, pur riducendosi nella direzione auspicata, evidenzia un trend inferiore a quello previsto (passando dai 6,3 posti-letto totali per 1.000 abitanti del 1993 ai 5,9 del 1997). Risulta aumentata la quota di posti-letto di day hospital (da 0,25 a 0,38 per 1.000), così come il relativo tasso di utilizzo, soprattutto nelle strutture pubbliche e nelle aree della riabilitazione e della lungodegenza.

⁷¹ *Relazione generale sulla situazione economica del paese per il 1999.*

tutto il SSN, l'introduzione dei percorsi diagnostico-terapeutici, il completamento del processo di revisione del sistema di remunerazione dei soggetti pubblici e privati produttori di prestazioni sanitarie, la revisione dei nomenclatori tariffari, l'introduzione di nuove modalità di acquisizione e distribuzione di alcune tipologie di beni e servizi.

La spesa per acquisto di beni e servizi, pur a fronte delle misure di contenimento ripetutamente introdotte nel corso dell'intero decennio, e da ultimo dalla manovra per il 1998, che aveva previsto una contrazione del 2,25% rispetto alla spesa rendicontata per il 1996, rideterminata in base al tasso di inflazione (il tetto di spesa fissato per il 1998 era dunque pari a 19.450 mld) risulta di non agevole controllabilità, evidenziando tra il 1995 e il 1999 un andamento incrementale, passando da 17.965 mld a circa 21.959 mld. In un settore di tale consistenza quantitativa e di non agevole comprimibilità si innestano le innovazioni conseguenti all'ulteriore processo di aziendalizzazione previsto dalla riforma ter, che consente esplicitamente (art 3, c.1 d.lgs. n. 229/99) il ricorso a strumenti privatistici, nei casi di forniture di beni e servizi per valori inferiori a quello stabilito dalla normativa comunitaria.

Va ricordata, quale elemento caratterizzante delle linee programmatiche e della manovra per il 1999, l'introduzione di un regime di rapporto di lavoro esclusivo per il personale della dirigenza sanitaria, volto al rafforzamento del servizio pubblico e alla qualificazione dell'offerta. Al fine di favorire l'esclusività del rapporto dei dirigenti del ruolo sanitario che abbiano optato per l'esercizio della libera professione intramuraria, sono previste specifiche risorse dall' art. 72 della legge n. 448/98, incrementate dall' art. 28 della legge n. 488/99 (finanziaria per il 2000), in larga parte correlate alla realizzazione di risparmi conseguenti al processo di razionalizzazione del sistema ospedaliero. In tale contesto si colloca la previsione di incentivi finanziari per l'attivazione da parte di regioni e aziende Usl di idonei e sistematici strumenti di controllo del comportamento degli erogatori in

ordine all'appropriatezza e alla qualità dell'assistenza (948,5 mld di lire per il triennio 1999-2001).

Da ciò l'importanza - evidenziata anche di recente in sede di certificazione delle ipotesi di CCNL per la dirigenza del Servizio sanitario - di una effettiva attivazione dei meccanismi prefigurati, di una responsabilizzazione ai diversi livelli sia di Governo (centrale e regionale) che gestionali, di un adeguato monitoraggio. In tal senso è stato espressamente assicurato l'impegno del Governo per l'immediato avvio del monitoraggio degli andamenti della spesa derivante dai contratti, con riguardo anche alla finanza sanitaria ed agli equilibri complessivi della finanza regionale, informandone tempestivamente la Corte dei risultati. La parte negoziale pubblica ha altresì assunto l'impegno di rendere operativa la disposizione di cui all'art. 52 c. 2 del d.lgs. n. 29/1993, che fa sistema con le previsioni contrattuali degli artt. 10 e 11 dei contratti, in virtù della quale si provvede alla sospensione parziale o totale dell'efficacia del contratto in caso di accertata esorbitanza dai limiti di spesa.

In generale, per la spesa per il personale, che costituisce la componente quantitativamente più significativa (passando da 47.134 mld nel 1998 a circa 48.000 mld nel 1999 e contraendosi in termini percentuali dal 41,4% al 39,7% delle spese totali) va tenuto conto che il tendenziale ridimensionamento percentuale negli ultimi due anni, va ricondotto in larga misura alla assenza di rinnovi contrattuali, siglati invece, come è noto, nel corso del 1999 e del corrente anno⁷². Ciò sollecita ancor più, alla luce della già problematica situazione finanziaria del settore, il concreto esercizio del monitoraggio e l'attivazione di eventuali necessari correttivi.

In tale contesto, può collocarsi anche la spesa per l'assistenza specialistica convenzionata (interna ed esterna), cresciuta significativamente nella seconda

⁷² Come per il personale, anche la spesa per l'assistenza medica di base in assenza di ulteriori rinnovi della convenzione ha seguito una crescita in linea con quella della spesa complessiva, passando dai 5.541 mld del 1995 ai 6.816 mld del 1999 (+ 23%); e conservando costante il suo peso relativo (dal 5,9% delle spese totali nel 1995, al 5,7% nel 1999), più elevato nelle regioni meridionali (dove assorbe, nel 1999, il 6,3% delle spese totali), che non in quelle del centro (5,8%) e del nord (5,3%).

metà degli anni novanta, sia in termini assoluti (dai 2.315 mld di lire del 1995 ai 3.768 del 1999), sia in termini relativi (dal 2,5% al 3,2% delle spese totali). L'incremento del volume e della tipologia delle prestazioni consumate⁷³ (tuttora non quantificabili a livello nazionale per le difficoltà di rilevazione attraverso il Sistema informativo) costituisce, per la *Relazione generale sulla situazione economica del paese* il principale fattore dell'aumento della spesa per l'assistenza specialistica ambulatoriale; al riguardo vanno segnalate le difficoltà di avviare i percorsi diagnostico-terapeutici, già previsti dalla legge finanziaria per il 1998 al fine di migliorare e contenere il ricorso alle prestazioni specialistiche da parte dei medici prescrittori.

Per le entrate, si riteneva necessario proseguire il processo di attuazione della normativa in materia di autofinanziamento delle regioni, anche attraverso un uso più generale della compartecipazione alla spesa da parte dell'assistito, volto a contrastare la tendenza all'eccessivo ricorso alle prestazioni assistenziali e ad evitare il fenomeno della crescita dei ricoveri ospedalieri. In particolare si prefigurava una revisione del sistema delle esenzioni dalla partecipazione diretta del cittadino alla spesa per le prestazioni ricevute, nell'intento di pervenire ad una maggiore equità distributiva, calibrando l'attenzione dedicata all'età come fattore di bisogno assistenziale con la capacità reddituale dei nuclei familiari di appartenenza dell'assistito, ed introducendo un criterio di sostegno alle fasce deboli accanto a quello della protezione delle patologie a più elevato impatto sociale. Con riguardo al riordino del sistema della partecipazione alla spesa sanitaria e delle relative esenzioni, il collegato alla finanziaria 1999 (legge n. 449/1999 art. 59, c.50) ha previsto una delega⁷⁴ al Governo, esercitata con d.lgs.

⁷³ In particolare, è cresciuta molto la componente esterna, soprattutto dopo il 1997, ossia dopo l'applicazione sull'intero territorio nazionale del d.m. 22 luglio 1996, che ha aggiornato l'elenco delle prestazioni erogabili in regime di assistenza specialistica ambulatoriale, inserendovi molte prestazioni complesse e costose precedentemente escluse e quindi erogabili solo in regime di ricovero ed ha ridefinito le corrispondenti tariffe.

⁷⁴ Il successivo c. 51 prevedeva una delega, che presenta profili di connessione, per la individuazione di criteri unificati di valutazione della situazione economica dei soggetti che richiedono prestazioni sociali agevolate nei confronti di amministrazioni pubbliche, esercitata dal Governo con d.lgs. 31 marzo 1998, n. 109 (G.U. n. 90 del 18 aprile 1998). Anche la manovra per il 1999, è intervenuta anche dal lato delle entrate del SSN, modificando il regime di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie: la quota fissa per le

29 aprile 1998, n. 124 recante "*Ridefinizione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie*", avviato in via sperimentale in alcune regioni e la cui proroga, disposta con provvedimenti legislativi d'urgenza adottati dal Governo, non è stata accolta dal Parlamento⁷⁵.

3.3.2. La costruzione delle previsioni e gli andamenti della gestione.

Nella ricostruzione del finanziamento complessivo del SSN per il 1999, pari a 112.958 mld (inclusi 4.950 mld di lire di integrazione, assegnati in sede di assestamento della legge di bilancio⁷⁶), le risorse del FSN⁷⁷ risultano pari a 51.519 mld⁷⁸, essendo dunque maggiore la complessiva previsione delle risorse provenienti dalle regioni (con 50.288 mld, stimati, di IRAP e addizionale IRPEF e 5.883 mld di partecipazioni delle regioni a statuto speciale e delle province autonome) e dalle aziende sanitarie⁷⁹ (5.269 mld, di entrate proprie). A fronte di tale quadro previsionale, la spesa stimata dalla *Relazione generale sulla situazione economica del paese* indica un ammontare provvisorio, per il 1999, superiore a 120.000 mld⁸⁰. Il relativo squilibrio, pari alla differenza tra spese e finanziamenti

prescrizione di prestazioni di assistenza specialistica e di diagnostica ambulatoriale a carico degli assistiti esenti è stata eliminata e la quota fissa per la prescrizione di farmaci è stata ridotta a 1.000 lire per confezione.

⁷⁵ Vedasi d.l. n. 46/2000, non convertito.

⁷⁶ Legge 19 novembre 1999, n. 435. Tale ammontare è stato ripartito alle regioni con delibera CIPE del 18 aprile 2000.

⁷⁷ Si ricorda che nella complessa articolazione delle risorse pubbliche destinate alla sanità il FSN di parte corrente, rappresenta una integrazione dello Stato alle risorse proprie delle Regioni ed in primo luogo appunto, dei contributi sanitari (che, come è noto, prima della riforma del 1992 affluivano ad apposito capitolo dello stato di previsione dell'entrata), a partire dal 1998 ricompresi nell'IRAP (art. 36 d.lgs. n. 446/1997).

⁷⁸ Del FSN 50.611 mld sono stati destinati alle regioni e 908 ad altri enti sanitari. La ripartizione della quota indistinta del FSN tra le regioni, è stata effettuata in base ai criteri enucleabili dalla legge n. 662/96: popolazione residente e frequenza dei consumi sanitari per età e per sesso; tassi di mortalità della popolazione; indicatori epidemiologici territoriali; indicatori relativi a particolari situazioni territoriali ritenuti utili al fine di definire i bisogni sanitari della popolazione, operando una correzione per tenere conto della mobilità sanitaria interregionale.

⁷⁹ Le entrate proprie sono rappresentate dalle partecipazioni al costo delle prestazioni erogate dal SSN da parte dei cittadini non esenti (19) (tickets) introitati dalle strutture a gestione diretta, dai proventi derivanti da attività erogate a pagamento e da gestioni patrimoniali e finanziarie delle aziende sanitarie, da eventuali risorse proprie regionali e trasferimenti di altri enti del settore pubblico allargato.

⁸⁰ Sulla base dei dati provvisori desunti dalla *Relazione generale sulla situazione economica del paese*, risulta che la spesa sanitaria pubblica totale procapite, pari a 2.074.000 lire a livello nazionale nel 1999, a 1.975.000 nel 1998 e a 1.625.000 nel 1995, continua a far riscontrare scostamenti significativi tra le singole regioni, nonostante nel corso degli ultimi anni si siano notevolmente ridotti, soprattutto se si corregge la spesa sostenuta a livello regionale sulla base del saldo finanziario della mobilità sanitaria interregionali.

complessivi di parte corrente, è stimato, sempre nella Relazione generale sulla situazione economica del Paese, di oltre 7.000 mld⁸¹. Va segnalato che per talune regioni, non essendo ancora pervenuta la relativa rendicontazione al Dipartimento della programmazione, si è proceduto ad una stima sulla base della spesa storica.

Come già segnalato dalla Corte, la compresenza di sistemi differenziati di contabilità genera sensibili problemi di consolidamento e non consente ancora una chiara leggibilità delle risultanze complessive, necessarie per il monitoraggio e le correzioni degli andamenti.

Va altresì ricordato che in base all'art. 39, 2° comma del d.lgs. 446/97, la disponibilità di cassa viene assicurata alle regioni, attraverso anticipazioni mensili da parte del Ministero del tesoro per importi pari ad un dodicesimo del complessivo gettito presunto dell'IRAP e dell'integrazione statale, privilegiando nel settore una ricomposizione dei flussi per cassa, rispetto ai profili di competenza; ai fini di una più consapevole definizione delle previsioni programmatiche di bilancio e della conseguente decisione parlamentare è peraltro da segnalare, nella decisione di bilancio per il 2000, che l'art. 30, c.18, indica l'ammontare dell'importo massimo della spesa per il SSN⁸².

In tale ottica si innesta l'obiettivo di una prioritaria utilizzazione delle giacenze di tesoreria di parte corrente: al riguardo è da segnalare il trend discendente per l'ammontare delle giacenze nelle tesorerie provinciali delle aziende sanitarie esistenti ancora al 31 dicembre 1999, che denuncia una sensibile contrazione (-29%) proprio nell'ultimo esercizio⁸³ (per la parte corrente si passa da 12.523 mld del 1995 a 10.814 mld del 1996, 6.950 mld del 1997, 6.176 mld del 1998, 4.329 mld del 1999).

Al di là della analisi degli scostamenti stimati (che possono registrare modifiche anche sensibili in sede di verifica, sulla base dei dati definitivi) deve comunque rilevarsi il permanere di una dinamica della spesa superiore agli sforzi

⁸¹ La quota di risorse complessivamente destinate alla sanità assorbe, pertanto, il 5,7 % del PIL allineando l'Italia tra i Paesi che fanno riscontrare i valori meno elevati tra quelli industrializzati.

⁸² Pur essendo ancora assente nelle costruzioni sottese, la stima dei contributi, rimessa alle delibere del CIPE.

⁸³ Relazione generale sulla situazione economica del Paese.

di adeguamento del quadro previsionale, ancora non coerente con gli andamenti effettivi, e che conferma negativamente un fenomeno che continua a rivestire preoccupante consistenza. Nel rinviare per una più approfondita valutazione, sulla scorta dei dati definitivi che verranno elaborati ed acquisiti, alle successive sedi di esame della Corte, deve richiamarsi dunque ancora maggiore attenzione, oltre che alla coerenza del quadro previsionale, alla soluzione dell'indicato problema di una adeguata quantificazione dei livelli di assistenza, alla verifica degli aspetti qualitativi della spesa nelle diverse realtà, al completo dispiegarsi del sistema dei controlli, alla adozione di nuove metodologie e strumenti gestionali, introdotti dalla recente normativa e che sollecitano indirizzi attuativi e concreta operatività⁸⁴.

3.4. I disavanzi pregressi ed il Patto di stabilità.

Di centrale importanza è il problema della definitiva soluzione della gravosa situazione dei disavanzi pregressi, conseguente ai reiterati squilibri già registrati nei precedenti esercizi, più volte segnalata dalla Corte come esigenza prioritaria, coinvolgente il complessivo quadro dei rapporti e delle responsabilità finanziarie tra Stato e Regioni e condizionante lo stesso compiuto avvio delle gestioni aziendali. Al riguardo, nella più complessa definizione del Patto di stabilità (art. 28 legge 23 dicembre 1998, n. 448 collegato per il 1999), il legislatore ha espresso il deciso intento di provvedere attraverso misure "concertate" di ripiano e di rientro attraverso percorsi non solo temporanei, ma duraturi, di soluzione dei disavanzi del settore, individuando la quota di maggiore spesa attribuibile a provvedimenti di carattere nazionale rispetto a quella attribuibile a provvedimenti regionali, con conseguente ripartizione dell'onere tra livello centrale regionale⁸⁵.

⁸⁴ Le SS.RR. con delibera n. 3/2000 (*"Criteri generali e indirizzi di coordinamento per l'esercizio del controllo successivo sulla gestione"*) hanno approvato una specifica analisi in materia.

⁸⁵ La ricognizione prevista dalla legge è avvenuta in un'ottica di contabilità finanziaria, riconducendo le poste più tipiche della contabilità economica nei valori finanziari degli aggregati costituenti la spesa corrente per la parte alla stessa pertinente, mentre ammortamenti, accantonamenti e saldo delle rimanenze di magazzino non sono stati considerati al fine di definire la spesa complessiva del triennio. Per quanto concerne l'entrata si è tenuto conto del finanziamento assegnato attraverso le deliberazioni CIPE che si sono susseguite negli anni di riferimento, per la parte corrente indistinta integrata dalle entrate proprie secondo le rilevazioni delle stesse Regioni.