sin dal 1992, nei settori centrali dei regimi pensionistici obbligatori e complementari e della sanità, coinvolgendo anche i profili della regolazione del mercato del lavoro, della formazione e dell'istruzione.

Nell'area del welfare, la ridefinizione del contesto normativo è ispirata ai principi di coinvolgimento attivo delle Regioni, delle Province e dei Comuni in coerenza agli indirizzi strategici concordati con i Ministeri competenti, oltre che dei soggetti del terzo settore (no profit) in un quadro di regole finalizzato a garantire efficienza e qualità dei servizi. L'intento programmatico è dunque di potenziare i servizi alla persona, a complemento e in alternativa ai trasferimenti monetari, di dare centralità agli obiettivi di integrazione/reintegrazione nella sfera sociale e produttiva, di razionalizzare le misure di sostegno al reddito e di contrasto alla povertà e di proseguire le politiche a sostegno delle famiglie[9]. 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 correlazione delle responsabilità e delle risorse orientata a migliorare l'efficacia degli interventi, anche nel collegamento tra strutture ospedaliere e ambiti territoriali di assistenza, tra cure residenziali e domiciliari, tra medicina generale e specialistica[10]. 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. Per il perseguimento dell'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale, sono state individuate risorse finanziarie con provvedimenti specifici, integrati dalla legge finanziaria per il 2000[11].

Nel D.P.E.F. 2000-2003[12] è ribadito l'intento, già presente nei precedenti documenti, di combattere l'esclusione sociale e proseguire la riqualificazione del sistema socio-sanitario, indicando tra le priorità dell'azione di Governo la ridefinizione delle politiche sociali ed il sostegno delle responsabilità familiari, anche per le conseguenze occupazionali di una espansione dei servizi sociali. In particolare, il Governo si impegnava a favorire una pronta approvazione della riforma della legge quadro dell'assistenza e delle politiche sociali, per qualificare la spesa sociale puntando sulla creazione di una rete integrata di interventi e servizi alla persona ed alla famiglia, capace di offrire su tutto il territorio nazionale opportunità per la piena integrazione dei soggetti deboli e di quelli esposti a rischio di povertà.

Tale provvedimento è intervenuto nel corso del 2000, con la approvazione della "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" (legge 8 novembre 200, n. 328), alla quale è seguita prontamente la predisposizione del 1° piano sociale 2001-2003, che ha acquisito il parere favorevole della commissione affari sociali della Camera dei deputati il 28 marzo 2001. In tale circostanza si è segnalata l'importanza di precisare i raccordi dell'integrazione sociosanitaria, di definire con maggiore puntualità i livelli essenziali

---

[9] In tale contesto programmatico si inseriva nel D.P.E.F. anche la politica sociale della casa, valorizzando il ruolo strategico del patrimonio abitativo pubblico e provvedendo con misure finanziarie a carattere compensativo per le famiglie che, pur trovandosi nelle condizioni per averne titolo, non potessero accedere agli alloggi pubblici per mancanza degli stessi.

[10] 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 alcuni documenti programmatici, nei quali sono evidenziate le linee guida da seguire per il raggiungimento degli standard negli stessi stabiliti.

[11] Al riguardo, in base al comma 6 dell'art. 1 del d.l. 28 dicembre 1998 n. 450, convertito dalla legge n. 39/1999 vengono attribuiti alle regioni 150 mld da destinare all'assistenza domiciliare, con particolare riferimento ai pazienti in fase critica.

[12] Capitolo 4 "*Combattere l'esclusione sociale e proseguire la riqualificazione del sistema socio-sanitario*".

di intervento, con particolare riferimento alla assistenza domiciliare integrata; di incentivare l'associazionismo tra piccoli comuni, precisando il ruolo delle province. La commissione ha altresì richiesto di modificare lo schema ed i parametri di riparto delle risorse per rispondere in maniera più equilibrata ed adeguata alle diverse aree di intervento. Le risorse complessivamente destinate dal Piano[13], come dall'allegato prospetto, derivano dai finanziamenti previsti dalla normativa vigente. Tali risorse, pur non avendo vincolo di destinazione, evidenziano una chiara finalizzazione, non riconducibile, almeno nel breve e medio periodo, alla generalità dei trasferimenti coinvolti dal processo di c.d. federalismo fiscale di cui al d.lgs. n. 56/2000; esse sono distinte per aree di intervento (con riguardo ai bisogni da soddisfare) e per aree territoriali, con riguardo alla popolazione assistita.

Le aree individuate sono quelle delle responsabilità familiari; dei minori; degli anziani; della povertà; dei; degli immigrati; della droga; dell'avvio della riforma E' possibile una revoca dei finanziamenti in caso di mancato utilizzo oltre i 30 mesi. Per talune finalità sono previsti anche specifici finanziamenti nel primo triennio.

(in milioni di lire)

Legge di riferimento	Settore di intervento	Stanziamenti		
		2001	2002	2003
266/91 e 318/94	**Volontariato:** Osserv.naz.le volont.	800	800	
104/92	**Handicap**: ex comitato naz.e comm.pol.per l'hand.	50	-	-
309/90	**Lotta alla droga:** Drogatel	2.000	2.000	2.000
309/90	**Lotta alla droga:** funzion. organ. valutazione	295	295	295
309/90 (art. 127 c 10)	**Lotta alla droga:** funzion. organ. consultivi	800	800	800
285/97 (art. 8)	**Infanzia:** serv.inform.	3.000	3.000	3.000
284/97 (art. 3 c. 2)	**Handicap:** fondi alle Regioni (ciechi)	12.000	12.000	12.000
284/97 (art. 3 c. 3)	**Handicap:** federazione pro ciechi	2.000	2.000	2.000
Bilancio 1998 (III nota)	**Protezione sociale:** Fam.monoparentali con prole a carico	50.000	50.000	50.000
162/98	**Handicap:** (gravi): fondi alle regioni	59.000	59.000	59.000
309/90	**Lotta alla droga:** fondo naz.le	247.705	247.705	247.705
285/97 (art.1)	**Infanzia:** fondi alle Regioni al netto della l. 53/2000 sui congedi parentali)	287.000	287.000	287.000
40/98 (art.43, c. 1)	**Immigrazione:** fondo nazionale	81.000	81.000	81.000
476/98	**Infanzia:** funzionamento commissione adoz.intern.li	10.200	10.200	10.200
104/92 (art.33)	**Handicap:** agevolazioni ai genitori di persone handicappate	50.000	50.000	50.000
342/2000 (art. 96)	**Volontariato**	15.000	15.000	15.000
328/2000 (art.20)	**Integrazione Fondo politiche sociali**	761.500	761.500	761.500
328/2000 (art.28)	**Senza fissa dimora**	20.000	20.000	-
388/2000 (art.80)	**Reddito minimo inserimento**	350.000	430.000	-
388/2000 (art.81)	**Handicap: (dopo famiglia)**	100.000	-	-
388/2000 (art.81)	**Fondo contro l'abuso sessuale**	20.000	-	-
448/98 (art.65)	**Assegni maternità**	445.000	445.000	445.000
448/98 (art.66)	**Assegni nucleo familiare**	446.000	446.000	446.000
342/2000 (art. 96)	**Volontariato (residui anno 2000)**	10.000	-	-
328/2000	**Incremento Fondo politiche sociali (residui anno 2000)**	106.700	-	-
53/2000	**Congedi parentali**	499.000	499.000	499.000
Totale stanziamenti		**3.579.050**	**3.583.300**	**3.133.300**

[13] Le risorse afferenti il Fondo nazionale per le politiche sociali per il 2001, ammontano in realtà a 3.080 mld, ai quali si aggiungono dalla legge 53/2000 ulteriori 449 mld che, pur non contribuendo alla formazione del fondo, concorrono alla determinazione del complesso degli stanziamenti destinati all'attuazione delle politiche sociali *(fonte: Dipartimento delle politiche sociali).*

Anche nel D.P.E.F. 2001-2004 (*La riforma delle istituzioni sociali e la lotta alla povertà*) l'impegno manifestato dal governo era di proseguire la riforma del welfare nella direzione di un sistema di protezione sociale capace di prevenire e farsi carico delle vecchie e nuove forme di disagio sociale e di misurarsi con i cambiamenti della composizione demografica del paese, riqualificando la spesa sociale attraverso la promozione di una rete integrata di servizi alla persona, il consolidamento degli interventi a sostegno delle responsabilità familiari, la promozione di interventi a sostegno delle persone che vivono una condizione di dipendenza come i portatori di handicap grave e gli anziani non autosufficienti.

2.2 La legge quadro n. 328/2000 e le principali misure di attuazione.

Tra i princìpi generali e le finalità della legge n. 328/2000 c'è l'intento di assicurare alle persone e alle famiglie un "sistema integrato di interventi e servizi sociali" promovendo interventi per garantire la qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione e diritti di cittadinanza, combattendo le condizioni di disabilità, di bisogno e di disagio individuale e familiare, derivanti da inadeguatezza di reddito, difficoltà sociali e condizioni di non autonomia, in coerenza con gli articoli 2, 3 e 38 della Costituzione.

Il sistema integrato di interventi e servizi sociali si realizza mediante politiche e prestazioni coordinate nei diversi settori della vita sociale, associando servizi alla persona e al nucleo familiare ad eventuali misure economiche, con la definizione di percorsi attivi volti ad ottimizzare l'efficacia delle risorse, impedire sovrapposizioni di competenze e settorializzazione delle risposte. Il sistema integrato di interventi e servizi sociali ha carattere di universalità, dovendo garantire i livelli essenziali di prestazioni e consentire l'esercizio del diritto soggettivo a beneficiare delle prestazioni economiche e sociali[14].

La legge disciplina la programmazione degli interventi e delle risorse del sistema integrato di interventi e servizi sociali, prevedendo una verifica sistematica dei risultati in termini di qualità e di efficacia delle prestazioni, nonché della valutazione di impatto, sulla base di principi di coordinamento ed integrazione con gli interventi sanitari e con le politiche attive dell'istruzione, di formazione, di avviamento e di reinserimento al lavoro. L'intento è di promuovere la concertazione e cooperazione tra i diversi livelli istituzionali, e sociali, che partecipano con proprie risorse alla realizzazione della rete, le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello nazionale, nonché le aziende sanitarie locali per le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria comprese nei livelli essenziali del Servizio sanitario nazionale. Significativa appare la possibilità di avvalersi degli accordi previsti dall'articolo 2, comma 203, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, anche al fine di garantire un'adeguata partecipazione alle iniziative ed ai finanziamenti dell'Unione europea.

Centrale rilievo riveste (art. 21) il Sistema informativo dei servizi sociali per assicurare una compiuta conoscenza dei bisogni sociali del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali e poter disporre tempestivamente di dati ed informazioni necessari alla programmazione, alla gestione e alla valutazione delle politiche sociali, per la promozione e l'attivazione di progetti europei, per il coordinamento con le strutture sanitarie, formative, con le politiche del lavoro e dell'occupazione. Da ricordare anche (art. 13) la Carta dei servizi sociali, in cui sono definiti i criteri per l'accesso ai servizi, le modalità del relativo funzionamento, le condizioni per facilitarne le valutazioni da parte degli utenti e dei soggetti che rappresentano i loro diritti, nonché le procedure per assicurare la tutela degli utenti[15].

---

[14] La legge riconosce e sostiene il ruolo peculiare delle famiglie nella formazione e nella cura della persona, nella promozione del benessere e nel perseguimento della coesione sociale, tenendo conto dell'esigenza di favorire le relazioni, la corresponsabilità e la solidarietà fra generazioni, di sostenere le responsabilità genitoriali, di promuovere le pari opportunità e la condivisione di responsabilità tra donne e uomini, riconoscendo l'autonomia di ciascun componente della famiglia.

[15] Ai fini dell'accesso ai servizi disciplinati dalla legge, la verifica della condizione economica del richiedente è effettuata secondo le disposizioni previste dal d.lgs. 31 marzo 1998, n. 109, come modificato dal d.lgs. 3 maggio

I diversi livelli di governo e di intervento: la programmazione.

Le politiche di assistenza sociale si innestano nel quadro del complesso processo di conferimento di funzioni previste dall'articolo 128 del d.lgs. 31 marzo 1998, n. 112, sulla base dei principi di sussidiarietà tra enti locali, regioni e Stato, cooperazione, efficacia, efficienza ed economicità, omogeneità, copertura finanziaria e patrimoniale, responsabilità ed unicità dell'amministrazione, autonomia organizzativa e regolamentare degli enti locali. Un ruolo significativo è attribuito anche (art. 4) agli organismi non lucrativi di utilità sociale, di cooperazione, alle associazioni ed agli enti di promozione sociale, alle fondazioni ed agli enti di patronato, alle organizzazioni di volontariato.

I comuni sono titolari delle funzioni amministrative concernenti gli interventi sociali svolti a livello locale e concorrono alla programmazione regionale; essi hanno la responsabilità della programmazione, progettazione, realizzazione del sistema locale dei servizi sociali a rete, con l'indicazione delle priorità e dei settori di innovazione attraverso la concertazione delle risorse umane e finanziarie locali, con il coinvolgimento degli altri soggetti interessasti; dell'erogazione dei servizi e delle prestazioni economiche, nonché delle attività assistenziali già di competenza delle province; dell'autorizzazione, accreditamento e vigilanza dei servizi sociali e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale a gestione pubblica e non; della definizione dei parametri di valutazione delle condizioni di bisogno, ai fini della determinazione dell'accesso prioritario alle prestazioni e ai servizi. Le province concorrono alla programmazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali per l'attuazione del sistema informativo dei servizi sociali; alla promozione, d'intesa con i comuni, di iniziative di formazione, con particolare riguardo alla formazione professionale di base e all'aggiornamento; alla definizione ed attuazione dei piani di zona.

Alle regioni sono affidate funzioni di programmazione, coordinamento e indirizzo degli interventi sociali, nonché di verifica della rispettiva attuazione a livello territoriale, al fine di assicurare l'integrazione degli interventi stessi, con particolare riferimento all'attività sanitaria e socio-sanitaria ad elevata integrazione sanitaria di cui all'articolo 2, comma 1, lettera n), della legge 30 novembre 1998, n. 419. Le regioni, adottano nell'ambito delle risorse disponibili, ai sensi dell'articolo 4, attraverso forme di intesa con i comuni interessati ai sensi dell'articolo 3 della legge 8 giugno 1990, n. 142, e successive modificazioni, il piano regionale degli interventi e dei servizi sociali, provvedendo in particolare all'integrazione socio-sanitaria in coerenza con gli obiettivi del piano sanitario regionale, nonché al coordinamento con le politiche dell'istruzione, della formazione professionale e del lavoro (art. 18 comma 6).

Allo Stato spettano poteri di indirizzo e coordinamento e di regolazione delle politiche sociali per la determinazione dei principi e degli obiettivi della politica sociale attraverso il Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali[16]; l' individuazione dei livelli essenziali ed

---

2000, n. 130. Per tutelare le posizioni soggettive e rendere immediatamente esigibili i diritti soggettivi riconosciuti, la carta dei servizi sociali, ferma restando la tutela per via giurisdizionale, prevede per gli utenti la possibilità di attivare ricorsi nei confronti dei responsabili preposti alla gestione dei servizi.

[16] Il Piano nazionale e dei servizi sociali è predisposto ogni tre anni dal Governo, tenendo conto delle risorse finanziarie individuate ai sensi dell'articolo 4 della l. 328, nonché delle risorse ordinarie già destinate alla spesa sociale dagli enti locali. Il Piano nazionale è adottato previa deliberazione del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro per la solidarietà sociale, sentiti i Ministri interessati. Sullo schema di piano sono acquisiti l'intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del d.lgs. 28 agosto 1997, n. 281, nonché i pareri degli enti e delle associazioni nazionali di promozione sociale di cui all'articolo 1, comma 1, lettere a) e b), della legge 19 novembre 1987, n. 476, e successive modificazioni, maggiormente rappresentativi, delle associazioni di rilievo nazionale che operano nel settore dei servizi sociali, delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello nazionale e delle associazioni di tutela degli utenti. Lo schema di piano è successivamente trasmesso alle Camere per l'espressione del parere da parte delle competenti Commissioni parlamentari, che si pronunciano entro trenta giorni dalla data di assegnazione. Il Piano nazionale indica le caratteristiche ed i requisiti delle prestazioni sociali comprese nei livelli essenziali previsti le priorità di intervento attraverso l'individuazione di progetti obiettivo e di azioni

uniformi delle prestazioni[17]; la fissazione dei requisiti minimi strutturali e organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale; la determinazione dei requisiti e dei profili professionali in materia di professioni sociali, nonché dei requisiti di accesso e di durata dei percorsi formativi; l'esercizio dei poteri sostitutivi in caso di riscontrata inadempienza delle regioni, ai sensi dell'articolo 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59, e dell'articolo 5 del d.lgs. 31 marzo 1998, n. 112; la ripartizione delle risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali. Un ruolo significativo è affidato alla Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del d.lgs. 28 agosto 1997, n. 281.

Il sistema di finanziamento delle politiche sociali.

La realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali si avvale di un finanziamento plurimo a cui concorrono, secondo competenze differenziate e con dotazioni finanziarie afferenti ai rispettivi bilanci, i diversi soggetti coinvolti. La definizione dei livelli essenziali[18] è effettuata contestualmente a quella delle risorse da assegnare al Fondo nazionale per le politiche sociali, tenuto conto delle risorse ordinarie destinate alla spesa sociale dalle regioni e dagli enti locali, nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite per l'intero sistema di finanza pubblica dal Documento di Programmazione Economico-Finanziaria.

E' importante sottolineare che il livello essenziale delle prestazioni sociali va raccordato con le misure a carico del Servizio sanitario nazionale in materia di prevenzione, cura e riabilitazione, e di integrazione socio-sanitaria, secondo le caratteristiche ed i requisiti fissati dalla pianificazione nazionale, regionale e zonale, nei limiti delle risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali, tenuto conto delle risorse ordinarie già destinate dagli enti locali alla spesa sociale.

In base alla legge n. 328/2000, le regioni, secondo le competenze trasferite ai sensi dell'articolo 132 del d.lgs. 31 marzo 1998, n. 112, provvedono alla ripartizione dei finanziamenti assegnati dallo Stato[19] per obiettivi ed interventi di settore, nonché, in forma sussidiaria, a cofinanziare interventi e servizi sociali derivanti dai provvedimenti regionali di trasferimento agli enti locali delle materie individuate dal citato art. 132[20].

---

programmate; le modalità di attuazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali e le azioni da integrare e coordinare con le politiche sanitarie, dell'istruzione, della formazione e del lavoro; gli indirizzi per la diffusione dei servizi di informazione al cittadino e alle famiglie; gli indicatori ed i parametri per la verifica dei livelli di integrazione sociale effettivamente assicurati in rapporto a quelli previsti nonché gli indicatori per la verifica del rapporto costi - benefici degli interventi e dei servizi sociali; i criteri generali per la disciplina del concorso al costo dei servizi sociali da parte degli utenti, tenuto conto dei principi stabiliti dal d.lgs. 31 marzo 1998, n. 109.

[17] Vedasi la recente legge costituzionale di modifica del Titolo V della Costituzione, approvata in seconda lettura dal Parlamento in data 8 marzo 2001.

[18] Il Fondo nazionale per le politiche sociali è dalla legge incrementato di 106,7 mld per il 2000, di 761,5 mld per il 2001 e di 922,5 mld a decorrere dal 2002. A decorrere dall'anno 2002 lo stanziamento complessivo del Fondo nazionale per le politiche sociali è determinato dalla legge finanziaria con le modalità di cui all'articolo 11, comma 3, lettera d), della legge 5 agosto 1978, n. 468, e successive modificazioni, assicurando comunque la copertura delle prestazioni di cui all'articolo 24 della legge. E' da segnalare la previsione che qualora le regioni ed i comuni non provvedano all'impegno contabile della quota non specificamente finalizzata delle risorse ricevute nei tempi indicati dal decreto di riparto, il Ministro per la solidarietà sociale provvede alla rideterminazione e alla riassegnazione delle risorse, fermo restando l'obbligo di mantenere invariata nel triennio la quota complessiva dei trasferimenti a ciascun comune o a ciascuna regione.

[19] Competono inoltre allo Stato ai sensi dell'articolo 129 del d.lgs. 31 marzo 1998, n. 112, la spesa per pensioni, assegni e indennità considerati a carico del comparto assistenziale quali le indennità spettanti agli invalidi civili, l'assegno sociale di cui all'articolo 3, comma 6, della legge 8 agosto 1995, n. 335, il reddito minimo di inserimento di cui all'articolo 59, comma 47, della legge 27 dicembre 1997, n. 449, nonché eventuali progetti di settore individuati ai sensi del Piano nazionale .

[20] Con regolamento, da emanare ai sensi dell'articolo 17, comma 2, della legge 23 agosto 1988, n. 400, il Governo provvede a disciplinare modalità e procedure uniformi per la ripartizione delle risorse finanziarie confluite nel Fondo, su proposta del Ministro per la solidarietà sociale, sentiti i Ministri interessati, d'intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del d.lgs. 28 agosto 1997, n. 281.

Va segnalato che in base all'art. 28 della legge, allo scopo di garantire il potenziamento degli interventi volti ad assicurare i servizi destinati alle persone che versano in situazioni di povertà estrema e alle persone senza fissa dimora, il Fondo nazionale per le politiche sociali è incrementato di una somma pari a lire 20 mld, per ciascuno degli anni 2001 e 2002, per finanziare progetti concernenti la realizzazione di centri e di servizi di pronta accoglienza, interventi socio-sanitari, servizi per l'accompagnamento e il reinserimento sociale presentati alle regioni dagli enti locali, dalle organizzazioni di volontariato, dagli organismi non lucrativi di utilità sociale, dalle IPAB. Con D.P.C.M. 15 dicembre 2000, rispettando i tempi previsti dalla legge, sono stati definiti i criteri di riparto tra le regioni dei finanziamenti in parola, i termini per la presentazione delle richieste di finanziamento dei progetti, i requisiti per l'accesso ai finanziamenti, i criteri generali di valutazione dei progetti, le modalità per il monitoraggio degli interventi realizzati, i comuni delle grandi aree urbane per i quali gli interventi sono considerati prioritari.

L'art. 24 delega il Governo a disciplinare il riordino degli emolumenti derivanti da invalidità civile, cecità e sordomutismo, nel rispetto del principio della separazione tra spesa assistenziale e spesa previdenziale. Da segnalare, infine, la istituzione (art. 27), presso la Presidenza del Consiglio dei ministri, di una "Commissione di indagine sulla esclusione sociale" con il compito di effettuare, anche in collegamento con analoghe iniziative nell'ambito dell'Unione europea, le ricerche e le rilevazioni occorrenti per indagini sulla povertà e sull'emarginazione in Italia, di promuoverne la conoscenza nelle istituzioni e nell'opinione pubblica, di formulare proposte per rimuoverne le cause e le conseguenze, di promuovere valutazioni sull'effetto dei fenomeni di esclusione sociale. La Commissione predispone per il Governo - che riferisce al Parlamento sull'andamento del fenomeno dell'esclusione sociale entro il 30 giugno di ciascun anno - rapporti e relazioni .

L'attenzione di Parlamento e Governo alla tematica a sociale si è estrinsecata nel recente periodo in numerosi provvedimenti legislativi ed amministrativi[21].

2.3 L'analisi delle risultanze contabili per funzioni obiettivo.

All'interno delle politiche della divisione X Protezione sociale, si rinvengono funzioni obiettivo più direttamente riconducibili alle politiche descritte: si tratta della classe-gruppo 10.4.1. Famiglia, che aggrega le risorse sottese alle strategie finalizzate all'aiuto alle famiglie nella funzione di 4 livello *trasferimenti ed assistenza alle famiglie per protezione sociale*, con 5.514,8 mld di stanziamenti di competenza (rinvenibili nello stato di previsione dei ministeri del tesoro, della giustizia, dell'interno , dei lavori pubblici, della difesa, del lavoro e previdenza sociale), che, uniti ai 788,7 mld di residui, elevano la massa spendibile a 6.303,5 mld, mentre i pagamenti totali sono stati di 4.452,8 mld (4.341,2 mld sulla competenza). All'interno di questo dato che riguarda il complesso della classe gruppo, deve evidenziarsi quello relativo all'esercizio proposto dalla Corte, che riguarda risorse per complessivi 5.270,8 mld (1.703,8 a carico del Ministero del tesoro, bilancio e p.e. e 3.567 del Ministero del lavoro), e pari massa impegnabile, sulla quale risultano effettuati impegni per 4.922,7 mld (93% della massa

[21] Con decreto 23 luglio 2000, n. 278 è stato emanato il regolamento concernente congedi per eventi e cause particolari, in attuazione dell'art. 4 della legge 53/2000. Con d.lgs. 26 marzo 2001, n. 151 è stato approvato il testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità, a norma della stessa legge 53/2000. Con legge 8 marzo 2001, n. 40 sono state approvate "Misure alternative alla detenzione a tutela del rapporto tra detenuti e figli minori". Con legge 30 marzo 2001, n. 152 è stata approvata una "Nuova disciplina per gli istituti di patronato d'assistenza sociale". Con legge 4 aprile 2001, n. 154 sono state approvate "Misure contro la violenza nelle relazioni familiari" . Con d.m. 21 dicembre 2000, n. 452 è stato approvato il "Regolamento recante disposizioni in materia di maternità e per il nucleo familiare, in attuazione dell'art. 49 legge 488/1999 e degli artt. 65 e 66 della legge 4448/1998. Sono stati anche predisposti gli schemi di ulteriori provvedimenti attuativi della legge quadro: l'applicazione dell'art.5 sul rapporto tra non profit e p.a.; i requisiti minimi strutturali per le strutture residenziali e semiresidenziali; il riordino delle IPAB; il regolamento per l'accesso alla dirigenza per le professioni sociali; la carta dei servizi.

impegnabile), mentre sulla massa spendibile di 5.919,3 mld (con 5.624,5 mld di autorizzazioni di cassa) risultano pagamenti totali per 4.260,9 mld (76% delle autorizzazioni di cassa e 72% della massa spendibile).

Nella classe-gruppo denominata Esclusione non altrimenti classificabile 10.7 particolare rilievo sociale assume la funzione 10.7.1.1 *lotta alla droga e recupero dei tossicodipendenti* con stanziamenti complessivi di 235,3 mld; le risorse relative ai soli ministeri del tesoro e del lavoro ammontano a 201,7, mld, con una massa impegnabile di 204,9 mld, sulla quale risultano effettuati impegni per 180,8 mld[22]; i residui (87,1 mld) ad inizio esercizio contribuiscono ad elevare la massa spendibile a 288,8 mld, mentre le autorizzazioni di cassa risultano di 276,8 mld e i pagamenti totali sono pari a 193,5 mld (70% delle autorizzazioni di cassa e 67% della massa spendibile).

Di analoga rilevanza è la funzione *regolamentazione e sostegno all'immigrazione* 10.7.1.2, attesa l'influenza determinata dall'aumento dei flussi migratori, fenomeno quest'ultimo che connota la trasformazione della società in senso multietnico. Alla funzione, in base all'esercizio della Corte, risultano 111,1 mld di stanziamenti rinvenibili nelle risorse del ministero del tesoro, con pari massa impegnabile, sulla quale risultano effettuati impegni totali per 100,4 mld (*90%* della massa impegnabile), mentre sulla massa spendibile di 148,3 mld (risultavano ad inizio esercizio 37,2 mld di residui) con 142,3 mld di autorizzazioni di cassa, i pagamenti totali sono pari a soli 45,9 mld (31% della massa spendibile e 32% delle autorizzazioni di cassa)[23]. Poco significativa dal punto di vista finanziario, sempre nell'ambito dell'esercizio proposto, è la funzione di 4 livello *sostegno alle vittime dell'usura*, con 200 milioni stanziati ed interamente spesi, mentre nel totale della funzione per l'intero bilancio appaiono più cospicue le risorse del ministero dell'interno a tale finalità destinate, con 45,4 mld di stanziamenti di competenza, che, uniti ai 40 di residui, portano ad una massa spendibile di 85,6 mld, con pagamenti per 65,4 mld (25,1 mld solo sulla competenza), pari al 76% della massa spendibile.

Per la funzione di 4 livello *sostegno agli esuli, agli sfollati ed altre categorie indigenti* risultano 178,8 mld di stanziamenti , con pari massa impegnabile, sulla quale risultano effettuati impegni totali per 151,9 mld (85% della massa impegnabile), mentre sulla massa spendibile di 194,1 mld (risultavano ad inizio esercizio 15,3 mld di residui) con 193,8 mld di autorizzazioni di cassa, i pagamenti totali sono pari a 155,5 mld (80% della massa spendibile e 80% delle autorizzazioni di cassa)[24]. Per la funzione di 4 livello *sostegno alle vittime della violenza criminale* non risultano stanziamenti di competenza per il ministero del tesoro, mentre sui residui ad inizio esercizio (20 mld), con pari autorizzazioni di cassa, i pagamenti totali sono pari a 6,4 mld, con 6,7 mld di residui e 6,8 mld di economie. Nello stato di previsione del ministero dell'interno risultano 52,7 mld, che incidono sul complesso delle risorse destinate alla divisione X, sui quali risultano impegni per 40,2 mld; la massa spedibile, con i 4,4 mld di residui, si eleva a 57,1 mld, sulla quale risultano pagamenti totali per 15,6 mld (27% della massa spendibile) di cui 13,4 sulla competenza.

Per la funzione *contributi per il volontariato*, alla quale sono destinate risorse rinvenibili nel bilancio del ministero del tesoro, risultano stanziamenti per 26,3 mld, con una massa impegnabile di 26,4 mld, sulla quale risultano effettuati 20,2 mld di impegni (77% della massa

---

[22] Anche tale voce è depurata nell'analisi finanziaria del modello prospettato dalla Corte, degli stanziamenti previsti negli stati di previsione dei ministeri della pubblica istruzione (13 mld), dell'interno (16 mld), e della difesa (4,5 mld).

[23] Da segnalare che per il complesso della funzione nell'ambito della divisione X debbono essere considerati ulteriori risorse per 116,8 mld (22,4 mld presso il ministero degli esteri, 1,2 mld presso la pubblica istruzione, e 83,1 mld presso l'interno), che risultano quasi interamente impegnati.

[24] Si segnala che concorrono alla funzione per il complesso della divisione 10 risorse del ministero dell'interno pari a 67,6 mld, impegnate quasi per intero e che unite ai 48,8 mld di residui,elevano la massa spendibile a 116,1 mld; i pagamenti totali sono stati pari a 95, 8 mld (82% della massa spendibile), dei quali 52,9 sulla competenza.

impegnabile). La massa spendibile ammonta a 34,4 mld, per la presenza di circa 8 mld di residui ad inizio esercizio, con autorizzazioni di cassa per 27,5 mld (80% della massa spendibile), mentre i pagamenti totali ammontano a 18,6 mld, con percentuali modeste (68% delle autorizzazioni di cassa e 54% della massa spendibile).

L'andamento dell'utilizzo delle risorse assegnate, innanzi evidenziato, può risultare più interessante se posto in relazione con l'analisi finanziaria dei dati relativi alle unità di voto con analogo contenuto, nell'ambito del centro di responsabilità competente. Si tratta del C.d.R. 21 Famiglia e solidarietà sociale, già facente parte dello stato di previsione della Presidenza del consiglio dei ministri, ed allocato per il 2000 in quello del Ministero del tesoro, bilancio e p.e., per il quale risultano complessivamente destinati 18.391,2 mld di stanziamenti, che risultano quasi interamente impegnati[25]. La voce più cospicua è data dai 16.401 mld destinati alla unità di voto *invalidi civili*, trasferiti integralmente e quindi pagati nell'anno[26]. Nel bilancio per il 2001 risultano per la medesima unità, 16.630,9 mld stanziati sulla unità di voto 21.1.2.1.

Sempre per il medesimo c.d.r., assume rilievo l'unità di voto 21.1.2.2 *protezione ed assistenza sociale,* con 1.059. 7 mld, tutti impegnati. Risultano invece pagamenti solo sui cap. 6030 (fondo da ripartire per l'attuazione del reddito minimo d'inserimento), per 149 mld, e sul capitolo 6033, dove i 298 mld di stanziamento risultano interamente pagati, nonché l'unità di voto 21.1.2.4. *lotta alla droga*, con complessivi 161,2 mld, quasi tutti impegnati, e sulla quale risultano pagamenti per 149,4 mld.

Si segnalano altresì gli andamenti finanziari per le unità di voto 21.1.2.5. *interventi integrativi disabili,* (119,8 mld di stanziamenti tutti impegnati, mentre i pagamenti ammontano nel complesso a 123,7 mld); 21.1.2.6. *fondo per il volontariato* (12,1 mld, tutti impegnati, con pagamenti per complessivi 10 mld solo sul capitolo 6013, per contributi alle associazioni nazionali di protezione sociale); 21.1.2.7. *solidarietà internazionale*, con 322,9 milioni, quasi tutti impegnati e pagati e l'unità di voto 21.1.2.8. *onlus*, con 5 mld, non impegnati.

Nell'ambito del c.d.r. sono altresì da segnalare le seguenti unità previsionali . Si tratta, oltre che dell'unità di voto fondo politiche sociali (i 146,7 mld stanziati risultano impegnati, mentre i pagamenti totali sono stati pari a 26,6 mld, dei quali 26 sulla competenza), del fondo per l'associazionismo, con 4,6 mld di stanziamenti, interamente impegnati, sui quali non risultano pagamenti; più cospicue sono le risorse del fondo infanzia ed adolescenza, pari a 316,3 mld, interamente impegnati, sui quali si registrano pagamenti totali per 282,3 mld (220,8 in conto competenza).

Il fondo politiche migratorie registra 68,5 mld di impegni su uno stanziamento di 71 mld; i relativi pagamenti sono stati pari a 14,2 mld (10,9 sulla competenza). Infine si rileva che i 12,5 mld della unità previsionale tutela dei minori, pur se interamente impegnati, non risultano pagati.

3. Le politiche sanitarie.

3.1 Le misure programmatiche e l'andamento finanziario.

Nei Documenti di Programmazione Economico-Finanziaria il programma del Governo in campo sanitario si indirizzava nelle direttrici dell'attuazione della riforma del Servizio sanitario nazionale, attraverso il completamento del processo di aziendalizzazione e di regionalizzazione del servizio, anche in relazione ai principi introdotti in materia di federalismo fiscale; della

[25] Le spese di funzionamento del C.d.R. sono pari a 80, 7 mld.

[26] Nella scansione del processo di trasferimento ex d.lgs. 112, con DPCM 26 maggio 2000 sono state individuate le risorse strumentali, umane, finanziarie e organizzative da trasferire alle regioni e agli enti locali in tema di funzioni di concessione dei trattamenti economici a favore degli invalidi civili; con DPCM 26 maggio 2000 sono stati adottati i criteri di riparto e ripartite tra le regioni e gli enti locali le risorse individuate per l'esercizio delle funzioni in materia. Con DDPCM 22.12.2000 è stato infine disposto il trasferimento alle regioni e agli enti dei beni e delle risorse per l'esercizio delle funzioni conferite dal d.lgs. n.112/98, anche in materia di concessione di trattamenti economici in favore degli invalidi civili.

riorganizzazione dell'amministrazione centrale sanitaria; della qualificazione professionale e formazione manageriale; della riqualificazione dell'edilizia sanitaria, dell'ammodernamento tecnologico e della sicurezza delle strutture; dell'integrazione del sistema informativo sanitario con gli altri sistemi della Pubblica amministrazione. Nel registrare una attivazione delle misure programmatiche per la riorganizzazione dell'amministrazione centrale sanitaria, la riqualificazione dell'edilizia sanitaria, l'ammodernamento tecnologico e la sicurezza delle strutture, si rileva il permanere della forte criticità degli equilibri finanziari del settore.

La consapevolezza della gravità del tema traspare nello stesso Documento di Programmazione Economico-Finanziaria 2001-2004, nel quale è sinteticamente riassunto che "le previsioni sulla spesa sanitaria per il quadriennio incorporano tutte le incertezze già segnalate sulle stime per il 2000"; va segnalato che lo stesso D.P.E.F., per quanto riguarda le spese in conto capitale delle regioni ipotizza una crescita elevata nel settore dell'edilizia ospedaliera, i cui profili sono ricostruiti nel successivo par. 3.3.3.

La Corte ha posto in evidenza, già nelle passate relazioni, l'insufficienza dei soli dati del bilancio statale sia nella ricostruzione della fase programmatoria (anche per il ruolo assunto dai contributi sanitari dopo la riforma del '92-93[27]), sia nella ricomposizione dei dati a consuntivo, facenti capo ad una pluralità di livelli di governo e di centri autonomi di spesa. La natura policentrica del SSN ripropone dunque la problematicità della acquisizione dei dati, che avviene con ritardi e difficoltà di riaggregazione.

L'analisi delle risorse ricomprese nella divisione 7[28] del bilancio statale, che attengono unitariamente alle politiche sanitarie, oggi orientate sia a livello decisionale che finanziario ad un marcata accentuazione degli interventi e delle risorse regionali, comporta dunque la necessità di ricorrere - sia pure per una ricostruzione non definitiva degli andamenti della spesa - ad altre fonti ufficiali.

Infatti, nella analisi della spesa sanitaria pubblica, di relativa significatività appaiono i soli dati deducibili dal bilancio e dal rendiconto generale dello Stato, che sono destinati ad assumere un ruolo quantitativamente ben minore con l'avvio del federalismo fiscale. Peraltro, in tale contesto evolutivo rivestono ancora per il 2000 notevole rilievo, anche quantitativo, le risorse allocate nel bilancio dello stato ed in particolare nello stato di previsione del Ministero tesoro, bilancio, e programmazione economica, mentre una componente minore è quella gestita dal Ministero della sanità, cui sono demandate fondamentali funzioni di programmazione, indirizzo e coordinamento nel sistema policentrico della sanità. Delle somme gestite dal tesoro, una quota consistente 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). Le due grandi voci, a livello di analisi degli indicatori finanziari della divisione 7, che evidenzia stanziamenti definitivi per 81.511,2 mld (pari al 9% degli stanziamenti dell'intero bilancio statale), sono rappresentate dalle funzioni obiettivo indicate come *fondo sanitario nazionale e finanziamento della spesa sanitaria dei disavanzi e delle maggiori occorrenze*.

Alla prima funzione risultano complessivamente assegnate risorse per 65.984,4 mld con pari massa impegnabile; gli impegni totali raggiungono il 100%, mentre su un totale di 76.431, 4 mld di massa spendibile, con 64.062,8 mld di autorizzazioni di cassa, i pagamenti totali ammontano a 58.907,4 mld (92% delle autorizzazioni di cassa). Alla funzione concorrono sia le

---

[27] Si ricorda che nella complessa articolazione delle risorse pubbliche destinate alla sanità il FSN di parte corrente, ha rappresentato 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), ricompresi a partire dal 1998 nell'IRAP (art. 36 d.lgs. n. 446/1997).

[28] Peraltro anche nei riflessi contabili è da tener presente l'esigenza di una maggiore univocità di allocazione delle risorse nel settore, anche alla luce del previsto riordino del federalismo fiscale e del ruolo attribuito ai meccanismi di perequazione, nella prospettiva di una maggiore correlazione tra centri responsabili della programmazione e di imputazione delle relative risorse.

risorse del fondo sanitario nazionale di parte corrente (53.190 mld sul capitolo 3700) che quelle di parte capitale (250 mld sul capitolo 9100), entrambe allocate nello stato di previsione del Ministero del tesoro, bilancio e p.e.[29].

Va ricordato che nella legge finanziaria per il 2000, l'art. 30, comma 18, indicava espressamente in circa 117.000 mld l'ammontare dell'importo massimo della spesa per il finanziamento di parte corrente del servizio sanitario nazionale; tali risorse sono state ripartite dal CIPE, con delibera n. 53 del 25 maggio 2000, tra le Regioni e Province Autonome[30]. Il suddetto importo è stato incrementato, nell'accordo intervenuto nella sede della conferenza stato-regioni del 3 agosto 2000, di 6.860 mld, con un ammontare complessivo di risorse finanziarie da destinare al Servizio sanitario nazionale per il 2000 pari a circa 124.000 mld[31]. Nonostante tale incremento, emerge un sensibile squilibrio, tra spese e finanziamenti complessivi di parte corrente, confermando le preoccupazioni sull'andamento delle principali voci di spesa[32], oggetto di particolare attenzione anche in sede di Conferenza Stato –Regioni del 22 marzo 2001.

Come ampiamente evidenziato nel referto recentemente reso alla Sezione Autonomie[33], pur nella mancanza di dati definiti, le prime stime evidenziano un tasso di crescita che, rilevabile nella relazione di cassa al 6,2% per il 2001 a fronte di una media del 6,4% del quadriennio 1996-1999, verrebbe peraltro ad attestarsi, su valori maggiori in base alle prime indicazioni di preconsuntivo pervenute da fonti regionali, comportando un accentuarsi dello squilibrio relativo all'esercizio trascorso e che si ripropone anche nelle prospettive per il 2001, sulle cui gestioni graverà l'impatto del rinnovo dei contratti collettivi del personale dirigenziale,

---

[29] Si ricorda, al riguardo 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 e che a partire dal 1998 sono stati ricompresi nell'IRAP, per effetto dell'art. 36 d.lgs. n. 446/1997). Vengono ricomprese nella funzione le risorse pari a 12.544 mld, di cui al capitolo 3701, destinate al finanziamento del FSN in relazione alle minori entrate dell'IRAP. Va altresì segnalato che i principali canali di finanziamento delle spese per investimenti del SSN sono rappresentati dai fondi stanziati dall'art. 20 della legge n. 67/88, e dalla legge n. 135/90, mentre un ruolo di gran lunga minore è rivestito dal FSN in conto capitale. Vedasi par. 3.3.3.

[30] Con delibera del 25 maggio 2000, il CIPE ha ripartito 117.129 mld ; la stessa delibera ha assegnato 190 mld alla Croce Rossa Italiana - per la quale il Ministero della Sanità doveva porre in essere un attenta azione di verifica sulla situazione economico finanziaria, acquisendo uno specifico piano di risanamento finanziario; 220,294 mld all'Ospedale Bambin Gesù; 200 mld agli Istituti Zooprofilattici Sperimentali.

[31] E'intervenuta la legge 23 ottobre 2000, n. 317, concernente disposizioni per l'assestamento del bilancio dello Stato per l'anno finanziario 2000, la quale ha incrementato - in applicazione del citato accordo - il Fondo sanitario nazionale 2000 (cap. 3700 - iscritto nello stato di previsione del Ministero del tesoro del bilancio e della programmazione economica). Con delibera 1 dicembre 2000, il CIPE ha ripartito secondo i medesimi criteri adottati nella delibera n. 53 del 25 maggio 2001 le maggiori disponibilità di 6.860 mld assegnando alle Regioni l'importo di 6.337 mld. Una quota di 523 mld di lire è stata finalizzata: 190 mld sono state destinate ad integrazione del finanziamento dei progetti speciali per il raggiungimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale a norma dell'art.1, commi 34 e 34 bis, della legge 662/96, utilizzando quale indice di base la quota capitaria; una ulteriore quota di 333 mld di lire è stata destinata in favore delle regioni Campania, Puglia e Calabria a titolo di riequilibrio.

[32] In base alla relazione trimestrale di cassa per il 2000, che opera stime costruite sui dati trasmessi dal 197 Asl e 99 aziende ospedaliere e sui flussi di tesoreria, si registra un incremento del 10,9 % dei trasferimenti dalle Regioni rispetto all'anno precedente. Il "conto consolidato di cassa sanitario", che peraltro include diverse poste contabili, quali le somme per ripiano disavanzi pregressi, espone per il 2000 incassi correnti pari a 136.880 mld (+11,6% rispetto all'anno precedente) e 137.361 mld (+11,3 % rispetto all'anno precedente) di pagamenti correnti . I maggiori incrementi si registrano nella spesa per il personale anche per l'impatto dei rinnovo contrattuali (+8,3%), in quella farmaceutica, in quella per acquisto di beni e servizi (+12,9%), che risente notevolmente dei riflessi di fornitura con altre aziende del settore, nonostante minori oneri per la liquidazione di debiti pregressi (da 2.781mld del 1999 a 1.185 mld nel 2000).

[33] Del. n. 4/2001 del 13 giugno 2001.

nonché gli effetti dell'abolizione dei ticket farmaceutici[34]. Alla luce della già critica situazione finanziaria del settore appare fondamentale la soluzione di un problema già esposto dalla Corte in ordine alla tempestiva conoscenza dei dati (da trasmettere poi al livello centrale), nonché al concreto esercizio del monitoraggio e alla attivazione di eventuali necessari correttivi, specificamente sul versante della spesa farmaceutica (attraverso l'Osservatorio nazionale sull'impiego dei medicinali, istituito 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 relazione agli altri più incisivi fattori produttivi della spesa del SSN, va menzionata quella per acquisto di beni e servizi[35] (il cui ridimensionamento era stato come è noto, oggetto di precedenti leggi finanziarie); al riguardo la legge n. 388/2000 prevede (art. 59) meccanismi di aggregazione, promossi dal Ministero del tesoro, bilancio e p.e., tra aziende sanitarie e ed ospedaliere appartenenti a regioni diverse, indicate dalla Conferenza Stato-regioni al fine "di realizzare l'acquisizione di beni e sevizi alle migliori condizioni del mercato".

Va tenuto presente che, in base all'art. 39, 2° comma del d.lgs. n. 446/1997, la disponibilità di cassa è 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; peraltro in base all'art.1, comma 4 quater del citato d.lgs. n. 446/1997, le anticipazioni di cui all'art. 13, comma 6 del d.lgs. n. 56/2000 possono essere concesse dal Ministero del tesoro, bilancio e p.e. limitatamente al primo semestre di ciascun anno[36]. E' da registrare il recente provvedimento ministeriale (circolare 13 febbraio 2001 n. 8[37]), con il quale è stato definito il nuovo sistema di pagamenti delle amministrazioni statali nei confronti delle regioni, rendendo più snello anche il flusso di pagamenti nei confronti delle aziende sanitarie.

Permane dunque una dinamica della spesa notevolmente superiore agli sforzi di adeguamento del quadro previsionale, e che conferma negativamente un fenomeno che continua a rivestire preoccupante consistenza. Nel rinviare per una più approfondita valutazione delle accennate problematiche, al citato referto sulla finanza regionale di recente reso dalla Sezione Autonomie[38], deve richiamarsi dunque ancora maggiore attenzione, oltre che alla coerenza del quadro previsionale, alla soluzione del più volte evidenziato problema di una adeguata quantificazione dei livelli di assistenza, di una conseguente verifica degli aspetti qualitativi della spesa nelle diverse realtà, anche attraverso il compiuto dispiegarsi del sistema dei controlli, in coerenza alla adozione di nuove metodologie e strumenti gestionali, introdotti dalla recente normativa e che sollecitano indirizzi attuativi e concreta operatività.

---

[34] Si osserva che in base all'art. 84 nella legge finanziaria 2001 le risorse disponibili per il servizio sanitario nazionale sono aumentate di 1.900 mld per il 2001, 1.875 mld per il 2002, 2.375 mld per il 2003 e di 2.165 mld a decorrere dal 2004, a fronte di una crescita che si manifesta di dimensioni ben più consistenti. La stessa legge finanziaria (art. 85) prevede una rideterminazione delle previsioni programmatiche per gli anni 2002 e sgg da raggiungere anche attraverso comportamenti prescrittivi degli operatori, nonché una politica dei prezzi dei farmaci e delle prestazioni convenzionate. Dalle misure di razionalizzazione previste avrebbe dovuto essere compensata (vedasi relazione illustrativa al d.d.l.) anche la non quantificata riduzione di gettito conseguente alla abrogazione (art. 85 comma 31) delle disposizioni previste dalle precedenti leggi finanziarie, che ponevano a carico delle industrie produttrici, dei grossisti, e dei farmacisti un contributo pari al 60% dell'eccedenza della spesa farmaceutica rispetto ai tetti prefissati.

[35] 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.

[36] La relazione trimestrale di cassa sottolinea la contrazione delle contabilità speciali di tesoreria i cui trend sono dettagliatamente esaminati nel referto della Sezione autonomie n. 4/2001.

[37] In G.U. 19 febbraio 2001, n. 41.

[38] Delibera n. 4/2001 del 13 giugno 2001.

3.2 Le problematiche aperte.

Come è noto, la dinamica della spesa sanitaria si inquadra nella complessa attuazione del federalismo fiscale disegnato dal d.lgs. n. 56/2000, attuativo dell'articolo 10 della legge delega n. 133/1999, raccordato alla riforma dell'organizzazione del Servizio sanitario nazionale dall'articolo 19-ter del d.lgs. n. 229/1999, volto ad un finanziamento dell'assistenza sanitaria nelle regioni a statuto ordinario fondato sulla finanza regionale, con la abolizione dei trasferimenti erariali in favore delle regioni a statuto ordinario, incluso il Fondo sanitario nazionale (FSN), di parte corrente e in conto capitale[39], 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[40].

Il sistema prevede 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 in modo da garantire i livelli uniformi di assistenza . Tale obiettivo va raggiunto attraverso apposite convenzioni da stipularsi tra le regioni ed il Ministero della sanità per l'attuazione di programmi operativi di riorganizzazione, riqualificazione o potenziamento dei servizi sanitari regionali, nella ottica che connota i rapporti e le modalità "concertate" delle misure legislative e programmatiche nei settori a più elevata incidenza sociale e finanziaria[41].

Nell'indicato contesto evolutivo ulteriore spessore riveste la problematica relativa alla definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza, già da tempo segnalata dalla Corte come di valenza non solo sociale ed etica, ma di decisivo impatto sugli equilibri strutturali e territoriali, oltre che finanziari. Il raccordo dei livelli essenziali e uniformi di assistenza è sia nei confronti delle indicazioni del Piano sanitario nazionale[42] che delle compatibilità finanziarie definite per l'intero sistema di finanza pubblica nel Documento di programmazione economico-finanziaria" (art. 1, comma 3, d.lgs. n. 229/1999)[43].

---

[39] Sono esclusi dalla nuova disciplina i finanziamenti per finalità e programmi specifici (ricerca sanitaria; progetti regionali per il perseguimento di obiettivi prioritari del Piano sanitario nazionale; accordi internazionali).

[40] Al riguardo va ricordato che, in base al comma 1 dell'art. 83 della legge finanziaria, che riprende l' accordo intervenuto nella sede della conferenza stato-regioni del 3 agosto (punto B4), viene rimosso, per la finanza regionale a partire dal 1° gennaio 2001 il vincolo di destinazione delle risorse (art. 8, c. 1, d.lgs. 56), impegnandosi peraltro ciascuna Regione a destinare al finanziamento della spesa sanitaria regionale "risorse non inferiori alle quote che risultano dal riparto delle risorse destinate al finanziamento della spesa sanitaria

[41] In base al comma 8 dell'art. 83 della legge finanziaria 2001 viene soppresso il secondo periodo del comma 14 dell'art. 28 della legge 448/1998, che disponeva penalizzazioni o interventi sostitutivi in caso di mancata attuazione degli accordi ovvero di permanenza di situazioni deficitarie.

[42] I livelli essenziali di assistenza - comprendenti le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni relativi alle aree di offerta indicati dal PSN - sono riferiti all'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro; all'assistenza distrettuale; all'assistenza ospedaliera.

[43] 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 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". Va ricordato, quanto al finanziamento dei livelli di assistenza "essenziali" ed "appropriati", che in base al PSN 1998-2000, la quota capitaria, "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; lo stesso PSN la determinava 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).

La consapevolezza della centralità del tema è testimoniata dal già citato accordo del 3 agosto 2000 (punto B 6). Un esplicito richiamo alla soluzione di tale problema si rinviene nel d.l. n. 17/2001, convertito nella legge n. 129/2001, che affida (art. 2) all'Agenzia per i Servizi sanitari regionali i compiti di supporto al ministero ed agli organi di governo per la definizione dei livelli essenziali, cui appare preordinata la previsione di un aumento di organico e di una revisione del relativo regolamento di organizzazione di funzionamento.

Sede opportuna per una più puntuale chiarificazione anche concettuale, oltre che della portata finanziaria, dei livelli essenziali di assistenza, va ritrovata anche nel Piano sanitario nazionale 2001-2003; una espressa richiesta in tal senso, con la fissazione di una data per provvedervi, è stata fatta dalla Commissione affari sociali della Camera, nella seduta del 22 marzo scorso, nella quale è stato dato parere favorevole al provvedimento, esprimendo peraltro la necessità di precisarne meglio i contenuti programmatici.

Nella fase di avvio dei nuovi meccanismi fiscali. assume ancora maggiore significatività la coerenza del quadro previsionale: la Corte ha da sempre sottolineato l'esigenza prioritaria di dare definitiva soluzione alla gravosa situazione dei disavanzi pregressi, conseguente ai reiterati squilibri già registrati nei precedenti esercizi, coinvolgente il complessivo quadro dei rapporti e delle responsabilità finanziarie tra Stato e Regioni[44].

Al fine di provvedere al riparo dei residui disavanzi al 31 dicembre 1994 ed al periodo 1994-1999, in conformità agli accordi assunti nella sede della Conferenza Stato-Regioni[45] è intervenuto il d.l. n. 17/2001 convertito nella legge n. 129/2001, con la autorizzazione all'acconto di 7.000 mld, subordinando il saldo sul totale dei 16.000 mld previsti alla assunzione effettiva del residuo da parte delle Regioni[46]. Sotto il profilo istituzionale va segnalata la disposizione contenuta nella l. finanziaria 2000 (art. 83), che riprende l' accordo intervenuto nella sede della conferenza stato-regioni del 3 agosto 1999, prevedendo che, a partire dal 2001, le Regioni si impegnino a far fronte alla copertura di eventuali disavanzi di gestione rispetto alla quantificazione operata attivando nella misura massima l'autonomia impositiva con procedure e modalità coinvolgenti anche i livelli di Governo centrale , da deliberare entro il 31 ottobre di ciascun anno. Di rilievo è l'espressa previsione di uno specifico termine (30 giugno) per l'accertamento di eventuali disavanzi.

Peraltro va segnalato che nella recente adunanza della Conferenza Stato-Regioni del 22 marzo 2001, la preoccupazione di una non controllabile dinamica della spesa sanitaria ha portato alla sottoscrizione di un nuovo accordo tra le Regioni ed i Ministeri del tesoro bilancio e p.e. e sanità, per la attivazione, con il supporto dell'ASSR, di un congiunto "tavolo di monitoraggio" per sottoporre a verifica l'evoluzione della spesa soprattutto nei settori della spesa farmaceutica e specialistica convenzionata; della spesa per i contratti e le convenzioni; di quelle per l'esclusività di rapporto per gli ospedali classificati religiosi, gli IRCCS., la componente universitaria delle aziende miste e dei policlinici; le spese sanitarie a rilevanza

---

[44] Sintomatica di tale gravità, anche in termini di impatto finanziario sul ciclo di esercizi futuri, come evidenziato più volte con preoccupazione dalla Corte, è la funzione indicata come *finanziamento della spesa sanitaria dei disavanzi e delle maggiori occorrenze*, per la quale risultano 8.621,6 di stanziamenti, con impegni per 7.151,6 mld; sul fronte della gestione di cassa, su una massa spendibile di 14.110 mld (con autorizzazioni di cassa per 13.684 mld) sono stati effettuati 9.584 mld di pagamenti totali (68% della massa spendibile).

[45] La legge finanziaria per il 2001 individua in tab. A 16.000 mld (di cui 13.000 già previsti dalla finanziaria per il 2000, ai quali si aggiungono altri 3.000, con una modulazione di 7.000 mld per il 2001, 6.000 mld per il 2002 e 3.000 per il 2003).

[46] La norma prevede (comma 2 art. 1) che con decreto del Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, di concerto con il Ministro della sanità, da emanare entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione, d'intesa con la Conferenza conferenza stato-regioni, sono stabiliti l'importo del disavanzo residuo, per ciascuna regione, alla data del 31 dicembre 1994 e l'importo a carico dello Stato; le modalità di individuazione del disavanzo relativo al periodo 1995-1999, l'importo a carico dello Stato e le modalità di ripartizione dello stesso tra le regioni; le modalità di erogazione dell'importo a carico dello Stato; le modalità di finanziamento del residuo disavanzo.

sociale. A tale verifica sono subordinate le modalità di copertura degli eventuali maggiori oneri emergenti. Nello stesso accordo è stato attivato un tavolo congiunto per associare ai diversi livelli di prestazioni sanitarie i relativi costi, così come da tempo sollecitato anche dalla Corte.

Da segnalare la esplicita previsione contenuta nell'art. 1, commi 4 bis e 4 ter della citata legge n. 127/2001, in base a cui le regioni e p.a. sono tenute a trasmettere trimestralmente al ministero della sanità i dati relativi ai costi ed ai ricavi aziendali, rilevati attraverso un apposito modello con evidenziazione delle poste relative alle valutazioni di fine esercizio. Uno schema siffatto è stato tempestivamente predisposto dall'amministrazione, con riferimento al conto economico delle aziende asl ed ospedaliere, modificando quello già approvato con d.m. 16 febbraio 2001[47]. Ai fini della verifica degli effettivi andamenti della spesa sanitaria, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, nel trasmettere al Ministero della sanità i dati relativi ai costi aziendali, evidenziano separatamente le poste relative alle valutazioni di fine esercizio. Nella stessa linea si pone il d.m. 31 febbraio 2001 (quest'ultimo relativo allo specifico monitoraggio degli indicatori clinici dei medicinali erogati dal SSN ai sensi della legge n. 648/1996[48]).

Le essenziali funzioni di conoscenza e riaggregazione dei dati, premessa per una valutazione comparata delle diverse realtà gestionali e dei modelli operativi e di una azione di sostegno, supporto al riallineamento con i valori di riferimento individuati a livello centrale, così come di indicazione degli indirizzi e delle linee programmatiche di settore - da tempo indicate dalla Corte come qualificanti le strutture centrali, da espletarsi con il concorso dell'Agenzia per i Servizi sanitari regionali e della Conferenza Stato-regioni - rappresentano le direttrici comuni, già sottese alla disciplina del Patto di stabilità introdotto dall'art. 28 della legge n. 448/1998[49] ed a quella del c.d. federalismo fiscale.

L'esigenza di assicurare una corretta e tempestiva conoscenza dei dati ed informazione degli Organi di indirizzo e di governo del sistema, coerente alla espansione dei meccanismi, anche fiscali, propri di un ordinamento che evolve in senso autonomistico e federale, costituisce dunque uno dei più significativi aspetti problematici del settore, anche alla luce delle risultanze contabili, che hanno sinora evidenziato il ripetersi di sensibili squilibri tra quantificazioni previsionali (di cui sono sintomi anche le previsioni di saldi IRAP indicati nelle leggi finanziarie tra le regolazioni contabili debitorie), manifestatisi, come si è detto, pur nell'assenza di definitivi dati, anche per il 2000[50].

Una positiva attenzione al tema si riscontra, oltre che nell'accordo intervenuto nella sede della Conferenza Stato-Regioni del 3 agosto 1999, nell'art. 87 della legge finanziaria 2001, dedicato al monitoraggio delle prescrizioni mediche, farmaceutiche, specialistiche e ospedaliere, con la previsione di un sistema di monitoraggio in grado di interconnettere medici ed operatori sanitari ai Ministeri della sanità, del tesoro, bilancio e p.e., al regioni, alla Conferenza Stato-Regioni, alle aziende sanitarie. I profili attuativi si rinvengono nel recente accordo quadro del 22 marzo 2001 volto alla individuazione di un nuovo sistema informativo sanitario, per assicurare il monitoraggio dello stato di salute della popolazione, dell'efficacia ed efficienza del sistema sanitario, della spesa sanitaria. L'accordo dedica particolare attenzione alla "condivisone" dei modelli di trattamento e di scambio delle informazioni da parte delle amministrazioni regionali e del Ministero della sanità, impegnato ad adottare ogni iniziativa necessaria al perseguimento del nuovo sistema informativo sanitario (NSIS), coinvolgendo in forma sinergica l'attività

---

[47] Si tratta del d.m. 28 maggio 2001.

[48] Medicinali innovativi la cui commercializzazione è autorizzata in altri Stati od in corso di sperimentazione, ovvero da impiegare per una indicazione diversa da quella autorizzata.

[49] 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 riordinati, come è noto, dal d.lgs. n. 286/1999).

[50] Si tratta, come indicato nella finanziaria 2001, di 7.333 mld per il 1998 e di 9.811 mld per il 1999.

dell'ISS, dell'Ispesl, dell'ASSR, mentre analoga funzione viene assicurata dalle Regioni con riguardo agli enti locali.

Acquistano dunque ulteriore valenza e non differibile operatività le esigenze già da tempo evidenziate dalla Corte sulla tempestiva e puntuale definizione del quadro informativo[51], con il concorso attivo delle regioni e delle aziende, cui deve corrispondere al livello centrale una soddisfacente riaggregazione fondata sui nuovi modelli introdotti di contabilità economica[52], sia in vista della successiva programmazione, che nella prospettiva dell'attivazione dei 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 performance dei servizi regionali ai valori di riferimento individuati a livello centrale (utilizzazione dei servizi, costi e qualità dell'assistenza)[53]. Per la verifica dell'andamento della spesa sanitaria, articolata per fattori produttivi e responsabilità decisionali, significativo rilievo riveste il sistema di indicatori[54] e di parametri concernenti gli aspetti strutturali e organizzativi dei sistemi sanitari regionali ed i livelli di spesa, finalizzati alla verifica dei livelli di assistenza assicurati in ciascuna regione e provincia autonoma, alla valutazione dei risultati economico-gestionali ed alla individuazione delle cause degli eventuali disavanzi.

A tale esigenza conoscitiva è finalizzata anche la relazione sullo stato sanitario del Paese, resa con riguardo all'esercizio 2000 e, più in generale, al triennio 1998-2000, anni di riferimento del PSN, contenente elementi informativi, da ulteriormente sviluppare, sia sullo stato di salute della popolazione, che sull'attività più propriamente programmatica e di indirizzo. Nella delicata fase di transizione e di rispetto delle esigenze funzionali al "sistema di garanzie" proprio del federalismo fiscale (punto B del citato accordo Stato-Regioni), e che richiede il concorso e la collaborazione fra diversi livelli di governo, si collocano dunque anche le più specifiche misure di monitoraggio poste dall'esame dei CCNL della dirigenza del Servizio sanitario nazionale[55], che si innesta in uno dei settori di spesa maggiormente consistente (la

---

[51] La Corte aveva già rappresentato il problema, legato anche 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).

[52] Modifiche allo schema di bilancio delle aziende sanitarie ed ospedaliere e degli IRCSS sono state di recente predisposte, con il parere favorevole della Conferenza stato-regioni. Vedasi anche la recente approvazione dei nuovi modelli di rilevazione economici del sistema informativo sanitario con d.m. 16 febbraio 2001, pubblicati in G.U. n. 85 del 18 aprile 2001 e DM 28 maggio 2001.

[53] 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.

[54] Alla luce della previsione di cui all'art. 9 del d.lgs. 56/2000, l'Amministrazione ha predisposto un apposito schema.

[55] Si tratta del monitoraggio della effettiva attivazione dei meccanismi prefigurati dall' art. 72 della legge n. 448/98, che prevede sistematici strumenti di controllo del comportamento degli erogatori in ordine all'appropriatezza e alla qualità dell'assistenza finalizzati alla realizzazione di risparmi conseguenti al processo di razionalizzazione del sistema ospedaliero. Tale importanza è stata evidenziata anche in sede di certificazione delle ipotesi di CCNL per la dirigenza del Servizio sanitario (SS.RR. n. 12 e n. 15/2000). Il Governo si era espressamente impegnato 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. E' importante segnalare che al fine di realizzare gli obiettivi di cui art. 72, comma 3 della legge n. 448/98 è previsto (art. 88 l. finanziaria per il 2001) che le regioni assicurino, per ciascun soggetto erogatore, un controllo di almeno il 2% delle cartelle cliniche e dalle corrispondenti schede di dimissione, in conformità a specifici protocolli di valutazione.

spesa per il personale del Servizio sanitario nazionale costituisce, come è noto, la quota più rilevante della spesa di parte corrente).

3.3 La programmazione ed i finanziamenti per la riqualificazione dell'offerta sanitaria.

La riqualificazione dell'offerta sanitaria rappresenta, come si è detto, una delle linee caratterizzanti i recenti documenti programmatici, sia con riguardo alla qualità, appropriatezza delle prestazioni, che alla attenzione dell'utente, in un quadro di più decisa integrazione dei servizi sanitari e sociali; un particolare rilievo, anche nell'ultimo D.P.E.F., riveste il rilancio della edilizia sanitaria.

Sul versante finanziario va ribadito che non è agevole ricostruire il complessivo quadro programmatico in termini di immediata coerenza con le scansioni proprie del processo di bilancio disegnato dalla legge n. 468/1978[56] e di connessa verifica a consuntivo delle risultanze contabili, in questa sede 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, tenuto anche conto che si tratta di politiche che investono un arco temporale superiore all'anno finanziario. Nella consapevolezza del ruolo fondamentale che in materia rivestono le Regioni e la Conferenza Stato-Regioni, si intende dunque operare una ricostruzione della programmazione delle politiche pubbliche in sanità, in termini di adempimenti amministrativi, riferibili agli apparati centrali, condizione dell'effettiva operatività dell'intero sistema. Si è dunque operata 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; Obiettivi di carattere prioritario, Edilizia sanitaria; Piano straordinario per le grandi città; Programma per la realizzazione di strutture per cure palliative e di assistenza ai malati terminali).

3.3.1 Il Programma nazionale della qualità.

Nel 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 indicatori.

A tale intento programmatico corrispondono nelle leggi finanziarie per il 1999 e per 2000 le misure riguardanti "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"[57]. Per quanto riguarda in particolare l'assistenza ospedaliera, l'indicazione delle linee programmatiche era nel senso di una responsabilizzazione delle Regioni e delle Province autonome, nell'obiettivo di pervenire alla riduzione del volume di ricoveri in regime di degenza ordinaria (almeno l'1% annuo dei ricoveri e della spesa corrispondente, elevato al 2,5% dall'art. 28, comma 14 della legge n. 488/1999), favorendo nel contempo l'esclusività del rapporto dei dirigenti del ruolo sanitario, quale elemento caratterizzante delle linee programmatiche, volto al rafforzamento del servizio pubblico ed alla riqualificazione dell'offerta.

La previsione di incentivi finanziari per l'attivazione da parte di Regioni e aziende sanitarie di idonei e sistematici strumenti di controllo del comportamento degli erogatori in ordine all'appropriatezza e alla qualità dell'assistenza avrebbe innescare processi di

[56] Oggi, come è noto, integrata, oltre che dalla legge n. 362 del 1988 dalla legge n. 208/1999.

[57] Art.72 comma 1 e 3 legge n. 448/98; art. 28, c.10 legge 488/1999.