APPENDICE: Programmazione ed interventi nel Servizio Sanitario Nazionale

1. Premessa: profili evolutivi del sistema.

Le politiche di programmazione in materia sanitaria e le connesse problematiche di ordine finanziario vanno lette in un complesso quadro ordinamentale tuttora in via di evoluzione sia in relazione alla attuazione del nuovo disegno delineato dal Titolo V della Costituzione che alle ulteriori prospettive di riforma[77].

La relativa tematica si ricollega strettamente ai principi dell'art. 117, comma 2, lett. m), che riserva alla legislazione esclusiva dello Stato la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale[78] ed all'articolo 119, che prevede autonomia di entrata e di spesa per gli enti territoriali, in un'ottica volta ad assicurare attraverso le entrate proprie, le compartecipazioni al gettito di tributi erariali riferibili al territorio[79] e le quote di partecipazione al fondo perequativo il finanziamento delle funzioni pubbliche ad essi attribuite[80].

Ai profili evolutivi di natura ordinamentale sono dunque strettamente intrecciati quelli relativi all'attuazione del disegno costituzionale in tema di coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario, che richiede una ridefinizione dell'autonomia finanziaria delle regioni, così come delle misure di ordine perequativo, in attuazione dell'art. 119, anche attraverso una verifica della coerenza con il nuovo dettato costituzionale del sistema già disegnato con il d.lgs. n. 56 del 2000, attuativo dell'articolo 10 della legge delega n. 133 del 1999. Si ricorda che in base a tale provvedimento - espressamente raccordato alla riforma dell'organizzazione del Servizio sanitario nazionale dall'articolo 19-*ter* del d.lgs. n. 229 del 1999[81] - il finanziamento dell'assistenza sanitaria si fonda sulla finanza regionale, mentre le risorse statali vengono ad assumere un ruolo sostanzialmente integrativo e perequativo[82].

---

[77] In parallelo all'individuazione dei principi fondamentali in materia di tutela della salute in attuazione della delega di cui all'art.1, comma 3 della legge n. 131 del 5 giugno 2003 (un d.DL in tema di "governo clinico" è stato esaminato dal Governo in data 3 giugno 2004) si ricorda che in base al disegno di legge costituzionale recante "*Modificazione di articoli della parte II, della Costituzione*", approvato in prima lettura dal Senato il 25 marzo 2004, alle Regioni verrebbe riconosciuta la potestà legislativa esclusiva in materia di assistenza ed organizzazione sanitaria. Tali linee erano già esplicitate nel d.d.l. di modifica dell'art. 117 della Costituzione (A.S. 1187) anch'esso approvato in prima lettura dal Senato.

[78] Tali diritti civili e sociali peraltro non costituiscono una "materia" in senso stretto, trattandosi "di una competenza del legislatore statale idonea ad investire tutte le materie, rispetto alle quali il legislatore stesso deve poter porre le norme necessarie per assicurare a tutti, sull'intero territorio nazionale, il godimento di prestazioni garantite, come contenuto essenziale di tali diritti, senza che la legislazione regionale possa limitarle o condizionarle"; vedasi Corte costituzionale , sentenza n. 282 del 26 giugno 2002.

[79] La norma non chiarisce se si tratto di gettito associato al reddito dei cittadini residenti, a quello prodotto nel territorio dalle attività localizzate in regione ovvero al gettito effettivamente riscosso nella regione.

[80] Il quinto comma dell'articolo 119 prevede poi risorse aggiuntive ed interventi finalizzati allo sviluppo ed alla coesione.

[81] La complessità delle problematiche istituzionali concernenti il settore sanitario emerge dalla sentenza n. 510 del 4 dicembre 2002 della Corte costituzionale, con la quale sono state dichiarate inammissibili le questioni di legittimità costituzionale poste con riguardo a numerose disposizioni della legge 30 novembre 1998, n. 419, nonché del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 (c.d. "riforma ter") rilevandone "la sostanziale attuazione" almeno fino alla data di entrata in vigore della legge di riforma del Titolo V della Costituzione.

[82] Il finanziamento del SSN, dopo l'entrata in vigore del d.lgs. n. 56/2000 si fonda su risorse regionali (IRAP e addizionale IRPEF, compartecipazione all'IVA, accise sulla benzina, altre entrate e ricavi propri, tra cui i ticket versati dai cittadini), mentre le risorse statali (Fondo Sanitario Nazionale) sono destinate alla copertura finanziaria di quota parte dei costi per i LEA delle sole Regioni Sicilia e Sardegna, nonché di quelli relativi ad alcuni enti particolari del SSN e per specifici obiettivi previsti da leggi speciali. Le Regioni Valle d'Aosta e Friuli-Venezia Giulia e le Province Autonome di Trento e di Bolzano provvedono al finanziamento dell'assistenza sanitaria pubblica

Assume dunque primario rilievo la conclusione dei lavori, fissata dalla ultima legge finanziaria al 30 settembre 2004, dell'Alta Commissione cui è affidato il compito in base all'art. 3 della legge finanziaria 2003, di elaborare i nuovi meccanismi fiscali in coerenza ad un accordo da sancire nella sede della Conferenza unificata.

Le interazioni tra profili ordinamentali e quelli più propriamente finanziari si rinvengono nella problematica attinente ai livelli essenziali di assistenza (LEA)[83] ed alla stessa tenuta dell'accordo dell'8 agosto 2001 e delle previsioni finanziarie in esso concordate, più approfonditamente esaminate nei successivi paragrafi, anche alla luce delle preoccupazioni di recente espresse dalla Corte[84].

In tale appena accennato contesto istituzionale, vanno dunque letti sia gli interventi di ridefinizione degli apparati centrali (DPR 28 marzo 2003, n. 129), che le stesse scansioni programmatiche, già in parte esaminate nel capitolo che precede, e che evidenziano una forte proiezione del ministero sull'intero sistema sanitario nazionale, nel quale interagisce una pluralità di attori e di soggetti dotati di autonomia costituzionalmente riconosciuta (regioni) e di forte autonomia organizzativa e gestionale (aziende sanitarie ed altre figure).

Le stesse funzioni del ministero vengono di conseguenza a caratterizzarsi come di propulsione e di supporto al sistema, attraverso politiche della programmazione, della ricerca, dello sviluppo dell'edilizia, che evidenziano formule di raccordo e di cooperazione, esplicitate anche nel Piano sanitario nazionale approvato per il triennio 2003-2005[85].

Tali nuovi connotati si rilevano nell'evoluzione dell'intero quadro normativo e trovano immediata esplicazione nella istituzione, in base all'art. 48 del DL 30 settembre 2003, convertito con modificazioni dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, facente parte della decisione di bilancio per il 2004, dell'Agenzia Italiana del Farmaco, chiamata a svolgere non solo i compiti già affidati alla Direzione Generale dei Farmaci e dei Dispositivi Medici, ma anche quelli di "alta consulenza tecnica" in materia di politiche per il farmaco al Governo ed alla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome[86].

Di particolare rilievo sono in questa direzione le funzioni previste per l'Agenzia, volte a raccordare profili scientifici e di adeguatezza con il rispetto dei livelli di spesa programmata nei "vigenti documenti contabili di finanza pubblica", nonché, in particolare, con quelli definiti nell'Accordo dell'8 agosto 2001[87].

---

esclusivamente con risorse a carico dei propri bilanci senza alcun onere a carico dello Stato. Risorse pubbliche aggiuntive vengono destinate al finanziamento degli investimenti e della ricerca in campo sanitario.

[83] DPCM 29 novembre 2001.

[84] Vedasi Delibera delle Sezioni Riunite 28 aprile 2004, n. 11, relativa al CCNL del comparto del personale del Servizio sanitario nazionale, (parte normativa quadriennio 2002-2005 e parte economica biennio 2002-2003. ed Audizione (N.12/AUD/04) in data 6 maggio 2004 presso il Comitato permanente per il monitoraggio degli interventi di controllo e contenimento della spesa pubblica presso la Commissione Bilancio, Tesoro e Programmazione della Camera dei Deputati, più avanti approfondite.

[85] DPR 23 maggio 2003, in GU n. 95 del 18 giugno 2003, adottato a seguito dell'intesa espressa il 15 aprile 2003 dalla Conferenza unificata Stato, Regioni, Città e Autonomie locali.

[86] Il provvedimento, nel fissare come valore di riferimento, a livello nazionale ed in ogni singola regione in sede di prima applicazione, al 16 per cento l'onere a carico del SSN per l'assistenza farmaceutica complessiva, compresa quella relativa al trattamento dei pazienti in regime di ricovero ospedaliero, prevede, in caso di superamento del tetto di spesa la ridefinizione, anche temporanea (nella misura del 60 per cento del superamento) della quota di spettanza al produttore prevista dall'articolo 1, comma 40, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, e della quota di spettanza dovuta al farmacista per i prodotti rimborsati dal Servizio sanitario nazionale, stabilendo che il rimanente 40 per cento del superamento viene ripianato dalle Regioni attraverso l'adozione di specifiche misure in materia farmaceutica. Tali misure, di cui all'articolo 4, comma 3, decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito con modificazioni nella legge 16 novembre 2001, n. 405, vengono a costituire "adempimento" ai fini dell'accesso all'adeguamento del finanziamento del Servizio sanitario nazionale, ai sensi dell'articolo 4 del decreto-legge 15 aprile 2002, n. 63, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 giugno 2002, n. 112, e successive modificazioni.

[87] In particolare all'Agenzia, nel rispetto degli accordi tra Stato e Regioni relativi al tetto programmato di spesa farmaceutica ed alla relativa variazione annua percentuale, è affidato il compito di: promuovere la definizione di liste omogenee per l'erogazione e di linee guida per la terapia farmacologica anche per i farmaci a distribuzione diretta, per

In parallelo si prevede il monitoraggio della utilizzazione dei rendiconti della spesa farmaceutica territoriale ed ospedaliera a carico del SSN e di quella a carico del cittadino, attività per i quali è prevista la collaborazione dell'Osservatorio sull'impiego dei medicinali (OSMED), in collaborazione con le stesse Regioni e le Province autonome[88].

Emerge da questa la nuova collocazione sia del nuovo ente che degli apparati centrali nel sistema sanitario, un ruolo crescente della Conferenza Stato-Regioni, chiamata a rappresentare la sede di confronto e composizione nella definizione delle linee programmatiche e delle stesse "regole" del settore, nonché dei correlati profili di ordine finanziario, in coerenza con le dinamiche complessive di finanza pubblica .

In questa logica di cooperazione e confronto si inscrivono anche gli indirizzi per l'attività dell'Agenzia per i servizi sanitari nazionali esplicitati dalla Conferenza Unificata nella seduta del 19 giugno 2003, aggiornando quelli già espressi in precedenza (16 dicembre 1999). Tali indirizzi evidenziano il prioritario ruolo di supporto tecnico e scientifico dell'Agenzia nei confronti delle Regioni, "nell'ambito delle politiche di autocoordinamento che esse perseguono" per garantire l'erogazione dei LEA e per non maggior controllo degli andamenti della spesa.

L'atto espressamente segnala la rilevanza degli strumenti di rilevazione, analisi e valutazione dei dati complessivi sul funzionamento e la qualità dei servizi sanitari, sui quali la Corte si è da tempo soffermata.

2. La Conferenza Stato-Regioni ed il monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza.

Nell'attuale evoluzione del sistema istituzionale – sul cui sfondo si prospettano figure ordinamentali e strumenti di confronto e di composizione delle istanze dei governi centrali e territoriali[89] - un rilievo particolarmente significativo nel settore della sanità assumono gli accordi e le intese nella sede della Conferenza Stato-Regioni.

Rilevano, in particolare gli accordi, richiamati dalle disposizioni normative susseguitesi, del 3 agosto 2000 e dell'8 agosto 2001. Tale ultimo accordo[90], con il quale è stato definito il finanziamento della spesa sanitaria pubblica per gli anni 2002-2004, insieme alla definizione delle questioni relative ai disavanzi nel settore pendenti nel 2001[91], si fonda sul rispetto di impegni sia delle Regioni[92] che del Governo centrale per la definizione e l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza ed il correlato monitoraggio della spesa.

---

quelli impiegati nelle varie forme di assistenza distrettuale e residenziale nonché per quelli utilizzati nel corso di ricoveri ospedalieri. L'Agenzia provvede entro il 30 settembre di ogni anno, o semestralmente nel caso di sfondamenti del tetto di spesa, a redigere l'elenco dei farmaci rimborsabili dal Servizio Sanitario Nazionale, sulla base dei criteri di costo e di efficacia in modo da assicurare, su base annua, il rispetto dei livelli di spesa programmata e ad effettuare in sede di revisione ordinaria del prontuario nel caso di immissione di nuovi farmaci comportanti, a parere della struttura tecnico scientifica individuata dai decreti di attuazione, vantaggio terapeutico aggiuntivo, una specifica valutazione di costo-efficacia, assumendo come termini di confronto il prezzo di riferimento per la relativa categoria terapeutica omogenea e il costo giornaliero comparativo nell'ambito di farmaci con le stesse indicazioni terapeutiche.

[88] I dati del monitoraggio sono comunicati mensilmente al Ministero dell'economia e delle finanze.

[89] Vedasi ancora il disegno di legge costituzionale recante "*Modificazione di articoli della parte II, della Costituzione*", approvato in prima lettura dal Senato il 25 marzo 2004.

[90] Pubblicato nella GU n. 207 del 6 settembre 2001.

[91] Ad esso era seguito il decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito con modificazioni nella legge 16 novembre 2001, n. 405.

[92] L'accordo del 8 agosto 2001 riassume al punto 2 una pluralità di interventi richiesti alle Regioni per salvaguardare i nuovi livelli di finanziamento: si tratta di misure sia di ordine più propriamente finanziario e di monitoraggio della spesa (rispetto del patto di stabilità interno; attivazione della leva fiscale; quantificazione dei maggiori oneri per i disavanzi, con l'indicazione dei mezzi di copertura), che di controllo e di indirizzo (erogazione delle prestazioni ricomprese nei livelli essenziali di assistenza), oltre che di promozione di nuovi strumenti gestionali (convenzioni in tema di acquisti di beni e servizi).Il Punto 19 fa rinvio alle misure previste dai punti 2 e 15 dello stesso documento.

I livelli essenziali di assistenza[93] - la cui valenza strategica era già da tempo segnalata dalla Corte – sono stati individuati nel successivo accordo del 22 novembre 2001 e poi recepiti con DPCM 29 novembre 2001[94].

Come è noto, in base a tale provvedimento le prestazioni di assistenza sanitaria garantite dal servizio sanitario nazionale sono aggregate in tre macroaree: assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro; assistenza distrettuale; assistenza ospedaliera[95], riprese nei provvedimenti di riparto delle disponibilità finanziarie nazionali.

L'accordo del 22 novembre 2001 prevedeva, inoltre, la costituzione di un organismo nazionale ad hoc, cui affidare l'aggiornamento delle prestazioni erogate sotto il profilo tecnico-scientifico, valutando periodicamente quelle da mantenere, escludere o includere ex novo, senza alterarne il profilo economico finanziario: a tale fine è stata istituita - in sede di conversione del DL n. 63 del 2002[96] - una apposita Commissione (c.d. "di manutenzione" C-LEA). Il disegno è stato completato con il collegato alla finanziaria 2003 (art. 57), con il quale è stata istituita una Commissione unica per i dispositivi medici (c.d. CUD) cui è affidato un compito di aggiornamento del repertorio dei dispositivi medici e di classificazione dei prodotti in classi e sottoclassi specifiche, con l'indicazione del prezzo di riferimento[97].

Le accennate interazioni tra profili ordinamentali e finanziari evidenziabili nel quadro

---

[93] Il d.lgs. n. 502/1992 definisce i Lea come l'insieme delle prestazioni che vengono garantite dal Servizio sanitario nazionale, a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa, perché presentano, per specifiche condizioni cliniche, evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, individuale o collettiva, a fronte delle risorse impiegate. Pertanto, sono escluse dai Lea le prestazioni, i servizi e le attività che non rispondono a necessità assistenziali, le prestazioni di efficacia non dimostrabile o che sono utilizzate in modo inappropriato rispetto alle condizioni cliniche dei pazienti e le prestazioni che, a parità di beneficio per i pazienti, comportano un impiego di risorse superiore ad altre. Le implicazioni finanziarie sono evidenti nella stessa disposizione normativa di riferimento (art. 1, comma 3, d.lgs. n. 229/99), che raccorda espressamente i LEA, oltre che con le indicazioni del Piano sanitario nazionale, anche con le compatibilità finanziarie definite per l'intero sistema di finanza pubblica nel Documento di programmazione economico-finanziaria.

[94] Il provvedimento si fonda sulla ricognizione della normativa vigente e degli accordi definiti in sede di Conferenza Stato-Regioni. Possono essere promosse forme di assistenza integrativa, consentite dalla normativa vigente, al fine di garantire o agevolare livelli di servizi e prestazioni ulteriori, rispetto a quelli garantiti dai LEA.

[95] Nell'ambito delle tre macroaree precedenti, è inclusa l'assistenza specifica rivolta a determinate categorie di cittadini, ovvero erogata in condizioni particolari; attenzione è dedicata anche alla assistenza sanitaria alle popolazioni delle isole minori ed alle altre comunità isolate. In specifici allegati sono individuate le prestazioni totalmente escluse dai LEA (Alleato 2°) o erogabili solo secondo specifiche indicazioni cliniche (allegati 2 B e 2 C) ; l'allegato 3 fornisce indicazioni particolari per l'applicazione dei Lea; l'allegato 4 descrive il ruolo delle Regioni in materia di Lea; l'allegato 5 aggiunto dal DPCM 16 aprile 2002, riporta gli impegni assunti dalle Regioni per la riduzione delle liste di attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e di ricovero.

[96] Comma 10 dell'art. 4 bis introdotto dalla legge 15 giugno 2002, n. 112 di conversione, del decreto-legge 15 aprile 2002, n.63. La Commissione, nominata e presieduta dal Ministro della salute, è composta da 14 esperti, di cui 7 designati dalle Regioni ed 1 dal Ministro dell'economia e delle finanze. Alla commissione partecipano il direttore della competente direzione generale del Ministero della salute, presso la quale è incardinata la segreteria dell'organo collegiale e il direttore dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali; su richiesta della maggioranza dei componenti, possono essere invitati anche esperti esterni competenti nelle specifiche materie di volta in volta trattate. La Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei LEA (C-LEA), garantisce, a parità di risorse impiegate, che siano effettuati gli indispensabili interventi di "manutenzione" degli elenchi delle prestazioni ricomprese nei LEA, proponendone l' introduzione, la sostituzione o la cancellazione, in base alla normativa vigente. Va ricordata la procedura indicata dalla norma: alle deliberazioni della commissione è data attuazione con decreto di natura non regolamentare del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, da trasmettere alla Corte dei conti per la relativa registrazione.

[97] La Commissione, nominata e presieduta dal Ministro della salute è anch'essa composta da quattordici esperti titolari e da altrettanti supplenti, di cui un titolare ed un supplente designati dal Ministro dell'economia e delle finanze e sette titolari e altrettanti supplenti designati dalla Conferenza dei presidenti delle Regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano. La commissione, che può articolarsi in sottocommissioni, dura in carica tre anni; i componenti possono essere confermati una sola volta. Attraverso tale classificazione si intende garantire un omogeneo sistema di caratterizzazione qualitativa di dispositivi medici utilizzabili, allo scopo di migliorare le procedure di acquisto, promuovendo un utilizzo dei dispositivi medici nella varie tipologie di prestazioni ispirato a criteri di qualità e sicurezza ed insieme di congruità del prezzo.

istituzionale e nella intera normativa di settore[98] rende di particolare rilevanza il monitoraggio della spesa: si ricorda che nell'accordo dell'8 agosto 2001 Governo e Regioni si erano impegnati ad attivare un tavolo di monitoraggio e verifica dei LEA presso la Conferenza Stato-Regioni in ordine ai livelli effettivamente erogati ed alla corrispondenza ai volumi di spesa stimati e previsti, articolati per fattori produttivi e responsabilità decisionali, con particolare attenzione agli effetti degli interventi concordati ai fini del controllo delle voci che maggiormente incidono sulla tenuta degli equilibri finanziari, in un'ottica di riequilibrio, volta ad incentivare i comportamenti virtuosi, rimuovere le situazioni di svantaggio e migliorare la qualità dei servizi.

Il Tavolo di monitoraggio e verifica sui Livelli Essenziali di Assistenza - cui è demandato il compito di verifica della coerenza con le esigenze di mantenimento dell'equilibrio economico e finanziario, attraverso un costante monitoraggio della spesa e delle criticità del sistema - è stato formalmente istituito con decreto del Ministro per gli Affari regionali del 19 giugno 2002[99].

I compiti del Tavolo risultano oggi accresciuti rispetto a quelli indicati ai punti 15 dell' accordo dell'8 agosto 2001 e 5.2 dell'accordo del 22 novembre 2001 sui LEA , investendo anche le modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e gli indirizzi applicativi sulle liste di attesa riconducibili alla lettera a) dell'accordo del 14 febbraio 2002[100]. Va in particolare segnalato che con la legge finanziaria 2004 (art. 3 comma 142 legge n. 350 del 2003) si è prevista l'istituzione del tavolo di monitoraggio sulla verifica dell'impatto finanziario degli immigrati regolarizzati ai sensi della legge 30 luglio 2002 n. 189 (c.d. l. Bossi-Fini)[101], per valutare l'impatto degli oneri aggiuntivi per le prestazioni di assistenza sanitaria agli immigrati.

L'approccio metodologico per il monitoraggio dei LEA - la cui complessità , già esplicitata dallo stesso DPCM di recepimento, deriva proprio dalla compresenza di elementi diversi, anche di ordine finanziario, tecnologico e gestionale, accanto ai profili più squisitamente terapeutici - presuppone adeguate batterie di indicatori, sinora definiti all'interno del "sistema di garanzie" di cui all'art. 9 del d.lgs. n. 56 del 2000.

Sulla tematica si intrecciano, come illustrato nel capitolo dedicato al ministero, le scansioni del ciclo programmatico interno all'amministrazione. La direttiva 2003 affida infatti al Dipartimento per l'"Ordinamento sanitario, la ricerca e l'organizzazione", ed in particolare alla DG Programmazione Sanitaria taluni obiettivi strategici di primaria valenza nel sistema

---

[98] Si ricorda che le implicazioni finanziarie sono evidenti nella stessa disposizione normativa di riferimento (art. 1, comma 3, d.lgs. n. 229/1999), che raccorda espressamente i LEA, oltre che con le indicazioni del Piano sanitario nazionale, anche con le compatibilità finanziarie definite per l'intero sistema di finanza pubblica nel Documento di programmazione economico-finanziaria.

[99] Il Tavolo tecnico di monitoraggio dei LEA è composto da rappresentanti delle Regioni, dei Ministeri della Salute e dell'Economia, con il supporto dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali. Sono state presentate in Conferenza Stato-Regioni relazioni in data 24 luglio 2002 e15 aprile 2003 sullo stato dei lavori.

[100] Con DPCM 16 aprile 2002 ("Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa") è stato aggiunto al DPCM sui LEA l'allegato 5 sulle liste di attesa.

[101] Il comma 142 dell'art. 3 prevede che nell'ambito del tavolo di monitoraggio della spesa sanitaria costituito in attuazione dell'Accordo dell'8 agosto 2001, sono analizzati anche gli effetti finanziari della legalizzazione del lavoro irregolare di extracomunitari prevista dall'articolo 33 della legge 30 luglio 2002, n. 189, e dal decreto-legge 9 settembre 2002, n. 195, convertito, con modificazioni, dalla legge 9 ottobre 2002, n. 222. Il tavolo tecnico di monitoraggio, le cui risultanze sono sottoposte all'esame della Conferenza si è riunito il 21 gennaio, il 16 e 29 marzo ed il 22 aprile 2004 alla presenza dei rappresentanti delle Regioni e dei Ministeri dell'Interno, del Lavoro e delle politiche sociali, dell'Economia e della Salute. La posizione della Conferenza dei Presidenti è stata riportata nuovamente nel documento per le Audizioni parlamentari del 18 marzo e del 1° aprile 2004, ove si legge che "Le Regioni sono state gravate dei conseguenti oneri senza l'accompagnamento delle necessarie risorse aggiuntive in difformità dell'Accordo dell'8 agosto 2001; la rilevanza finanziaria è valutata in 850 milioni di euro circa per ciascuno degli anni 2004-2005-2006, tenuto conto degli ultimi aggiornamenti del Ministero dell'Interno sul numero di immigrati (650.000)." Tale posizione era stata espressa dalle Regioni anche nei pareri al DPEF (24 luglio 2003) e al DDL finanziaria 2004 (6 novembre 2003).

sanitario. In particolare, per quanto si è detto, rileva l'obiettivo strategico 1: *Azioni per garantire l'attuazione dei livelli essenziali di assistenza,* articolato negli obiettivi operativi: 1.1 Pubblicazione del rapporto nazionale sul monitoraggio dei LEA; 1.2 Stesura di una proposta per l'aggiornamento del sistema degli indicatori con particolare riguardo agli indicatori di appropriatezza; 1.3 Predisposizione di un rapporto nazionale sui tempi e liste di attesa con l'individuazione di indicatori utili per il rilievo[102] . L'Amministrazione informa che alcune difficoltà, verificatesi a causa soprattutto della mancata disponibilità dei dati necessari per l'elaborazione degli indicatori di monitoraggio dell'assistenza sanitaria hanno determinato la necessità di rivedere la tempistica di alcune fasi previste nel piano d'azione dell'obiettivo, riproponendo il progetto, per la sua definizione, nell'ambito dell'obiettivo strategico "Azioni per garantire l'attuazione dei LEA", facente parte della Direttiva generale per il 2004, e fissando la data al 30 giugno 2004. Al di là della proiezione nel sistema di taluni obiettivi strategici e dei, comunque rilevanti, ritardi registrati, riveste particolare attualità la stesura di una proposta per l'aggiornamento del sistema degli indicatori, con particolare riguardo agli indicatori di appropriatezza, consistente nella revisione del sistema degli indicatori di cui al DM 12 dicembre 2001 "Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria"[103] e nella stesura di una proposta innovativa[104].

L'adozione del sistema di indicatori si riconnette anche ai modelli di bilancio, impostati sulla base della contabilità economica[105], che ha peraltro generato problemi di confrontabilità e di ricostruzione complessiva dei flussi, per le diverse impostazioni assunte nelle normative regionali e nelle realtà aziendali.

---

[102] L' Obiettivo operativo 3: "Predisposizione di un rapporto nazionale sui tempi e liste di attesa con l'individuazione di indicatori utili per il rilievo", era stato già avviato sulla base di alcune attività relative alla gestione delle liste di attesa effettuate nel corso dell'anno 2002, tra le quali anche la realizzazione di una sperimentazione pilota sul territorio nazionale, i cui risultati sono stati presentati al Gruppo tecnico delle liste d'attesa, istituito presso l'ASSR, nel febbraio del 2003. Sulla base dell'analisi dei risultati di detta sperimentazione, che aveva coinvolto due aziende sanitarie per ogni Regione, il progetto è stato riformulato con l'effettuazione di una diversa indagine sperimentale su un numero ristretto, ma ritenuto egualmente rappresentativo del livello nazionale, di aziende sanitarie.

[103] Pubblicato nella GU 9 febbraio 2002, n. 34, S.O. Con tale provvedimento viene stabilito un insieme minimo di indicatori e di parametri di riferimento finalizzato al monitoraggio, in ciascuna Regione, dei livelli essenziali di assistenza in correlazione ai vincoli di bilancio, da utilizzarsi attraverso una lettura integrata, che tenga conto anche degli elementi sullo stato di salute e sul contesto socio-ambientale. La norma prevede che le Regioni trasmettano i dati al Ministero della salute, con cadenza annuale, entro il 30 giugno dell'anno successivo a quello di riferimento, secondo le modalità tecniche previste dal sistema informativo sanitario, dopo avere proceduto alla loro validazione. A sua volta il Ministero adotta modalità standardizzate per il controllo della qualità dei dati trasmessi e per l'invio alle stesse Regioni delle informazioni risultanti da tale attività, a seguito delle quali può chiedere ad esse l'effettuazione di un'ulteriore fase di verifica dei dati. Gli indicatori calcolati, compresa la stima della qualità dei dati di base ad essi relativi e i parametri di riferimento vanno pubblicati, annualmente, entro il 31 dicembre dell'anno successivo a quello di riferimento, dal Ministero della salute in uno specifico rapporto nazionale, di cui è data diffusione pubblica. Nel rapporto sono incluse descrizioni dei dati e degli indicatori, mentre sono escluse valutazioni di merito e graduatorie sintetiche basate sull'aggregazione degli indicatori. Di particolare rilievo è la previsione che il Ministero della salute - attraverso metodologie e modalità attuative approvate d'intesa con la Conferenza Stato- Regioni - effettua con le stesse Regioni l'individuazione dei parametri non rispettati, ai fini dell'adozione delle raccomandazioni correttive e delle forme di sostegno previste dal comma 3 dell'articolo 9 del decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56. Per l'effettuazione di specifiche indagini sono previsti anche accordi tra Ministero e Regioni al fine di ottenere le informazioni necessarie alla valutazione di aspetti dell'assistenza non sufficientemente analizzabili con gli attuali flussi informativi.

[104] Per il 2003, pertanto, si è provveduto a modificare l'indicatore di obiettivo operativo (proposta di aggiornamento degli indicatori) in una relazione sullo stato di avanzamento dell'elaborazione della proposta di aggiornamento degli indicatori.

[105] Al riguardo, allo scopo di uniformare i modelli contabili e di consentire più appropriate rilevazioni in coerenza ai principi che si riferiscono dalla contabilità economica nazionale, è stato adottato dal ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il ministero della salute il decreto 11 febbraio 2002 contenente lo "Schema di bilancio delle aziende sanitarie ed ospedaliere", cui è seguito un nuovo piano dei conti nazionali trasmesso alle regioni.

In tale problematica assume un ruolo essenziale la rivisitazione complessiva dell'architettura del sistema informativo sanitario, in un'ottica di integrazione dei diversi sistemi informativi gestiti autonomamente dalle singole amministrazioni regionali e dalle aziende sanitarie, da realizzarsi mediante specifici interventi di reingegnerizzazione dei processi di servizio e di cooperazione applicativa, al fine di assicurare la coerenza dei processi operativi.

Su tali tematiche la Corte si è di recente soffermata approfonditamente in sede di referto in materia di informatica pubblica, approvato dalle SS.RR. in data 14 aprile 2004[106]. Nel rinviare ad esso per una compiuta disamina della materia, deve comunque sottolinearsene la valenza, che va oltre il pur significativo rilievo settoriale, per investirne i più delicati profili istituzionali di attuazione del titolo V della Costituzione, nel cui contesto, come si è detto, vanno oggi inquadrati gli andamenti della spesa sanitaria e i profili stessi del federalismo fiscale già disegnati dal d.lgs. n. 56 del 2000[107].

La acquisizione tempestiva e condivisa dei flussi informativi di ordine sia finanziario che gestionale del sistema sanitario risulta infatti necessaria, oltre che alla adozione di misure correttive e programmatiche, alla attivazione dei meccanismi, di riequilibrio, previsti dall'ordinamento, al fine di assicurare il finanziamento dei livelli uniformi di assistenza.

Nella complessa realtà sanitaria la piena operatività del sistema informativo riveste dunque un ruolo prioritario, coinvolgendo una pluralità di attori istituzionali: aziende, regioni, e amministrazioni centrali[108], nelle diverse componenti e nelle differenti responsabilità[109]. In tale ottica va dunque letto sia il ruolo assegnato all'amministrazione centrale che alla Conferenza Stato-Regioni, nel cui alveo opera la Cabina di Regia per lo sviluppo del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), il cui regolamento di organizzazione e funzionamento è stato approvato in data 27 febbraio 2003[110].

L'amministrazione è chiamata a fornire al Tavolo un particolare supporto metodologico e tecnologico ai fini dello sviluppo del sistema informativo. La direttiva 2003 affida alla (ex) direzione generale del sistema informativo e statistico e degli investimenti strutturali e tecnologici l'obiettivo strategico 11 Prosecuzione della realizzazione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario[111] e l'obiettivo strategico 13 Coordinamento del fabbisogno statistico

---

[106] Del. N. 8/CONTR/REF/04 del 22 aprile 2004.

[107] Si ricorda in proposito che l'art.117, comma 2, lett. r), riserva alla legislazione esclusiva dello Stato il "coordinamento informativo, statistico ed informatico dell'amministrazione centrale, regionale e locale".

[108] Sul versante più propriamente governativo le funzioni di conoscenza e riaggregazione dei dati interessano insieme al ministero della salute - che ha di recente visto la riorganizzazione del proprio apparato anche per tale delicata attività -, anche altri ministeri ed in particolare il ministero dell'economia e delle finanze, oltre alla stessa Presidenza del Consiglio di Ministri.

[109] La definizione del quadro informativo richiede il concorso attivo delle Regioni e delle aziende, cui deve corrispondere al livello centrale una soddisfacente riaggregazione Riveste dunque peculiare rilievo la acquisizione ed elaborazione dei dati informativi nei diversi livelli (locale, regionale e nazionale), del SSN, ed in particolare in quello territoriale, dove operano le aziende sanitarie ed ospedaliere, in cui è più evidente la coerenza tra risultanze e fenomeni gestionali sottesi. L'aggregazione e l'elaborazione delle informazioni trovano uno snodo fondamentale al livello di amministrazioni regionali che debbono effettuare anche una valutazione in termini di omogeneità e coerenza agli standard nazionali. Al livello centrale nelle diverse articolazioni (ministeri, ASSR, Conferenza Stato Regioni), compete la acquisizione ed elaborazione delle informazioni per consentire un valutazione e misurazione dei risultati prodotti dalle autonome scelte gestionali

[110] Nella stessa riunione, la Cabina di Regia ha approvato il "modello concettuale per il monitoraggio dei servizi del Sistema Sanitario Nazionale" che rappresenta la cornice di riferimento per la progettazione del nuovo sistema informativo, descrivendo, in un'ottica di lungo periodo, il quadro di sviluppo degli obiettivi strategici per l'attuazione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario, approvati dalla Cabina di Regia. Il documento descrive il macro modello dei dati raccolti, elaborati e resi disponibili dal Nuovo Sistema Informativo Sanitario; la sequenza di stadi attraverso i quali dovranno essere traguardati gli obiettivi strategici identificati dalla Cabina di Regia; le informazioni che verranno rese disponibili ai diversi attori, per ciascuno degli stadi di sviluppo degli obiettivi strategici; i vincoli per l'effettivo raggiungimento degli obiettivi.

[111] Articolato negli Obiettivi Operativi 11.1 NSIS- Realizzazione di progetti previsti per il 2003 ed 11.2 Sperimentazione dell'uso della firma digitale nella gestione informatizzata dei flussi documentali.

nell'ambito dell'amministrazione GS – 2/123, 269[112], per il quale si è curata la pubblicazione del *"Compendio statistico del S.S.N. 1998/2001"*.

All'obiettivo operativo 11.1 NSIS- Realizzazione di progetti previsti per il 2003 vanno quindi correlati gli studi di fattibilità per gli obiettivi strategici del NSIS, che attengono a tematiche di primario interesse per gli andamenti della spesa e la qualità dei servizi, investendo l'area dell'offerta strutturale ("Osservatorio per gli investimenti pubblici in sanità")[113]; la farmaceutica ("Monitoraggio del ciclo di vita del farmaco ed impiego dei medicinali")[114]; la rete di assistenza ("Monitoraggio della rete di assistenza")[115]; le informazioni relative alle prestazioni erogate, riconducibili al singolo cittadino ("Sistema di Integrazione delle Informazioni Sanitarie Individuali"[116]); ad essi si aggiunge l'avvio di un'iniziativa progettuale parallela, concernente la definizione degli standard semantici riguardanti le codifiche e le classificazioni (prestazioni ambulatoriali, strutture sanitarie, DRG).

Nell'attuale evoluzione istituzionale, caratterizzata dai necessari momenti di sinergia tra principi di autonomia e coesione del sistema, di rilievo strategico appare dunque il progetto *"Mattoni del SSN"* approvato il 10 dicembre 2003 dalla Conferenza Stato-Regioni, ai sensi dell'articolo 1 comma 34-bis, della legge 23 dicembre 1996. Il progetto nasce dall'esigenza di disporre di un linguaggio comune (i "mattoni", appunto, del SSN) per l'interscambio informativo tra i sistemi del SSN, che consenta di generare a livello locale informazioni

---

[112] Articolato nell'Obiettivo Operativo: 13.1 Compendio statistico del SSN: realizzazione di una pubblicazione che fornisca una visione d'insieme del SSN, della sua organizzazione e delle sue attività con un'analisi dell'evoluzione temporale.

[113] Il progetto prevede due fasi. Obiettivo della prima fase è quello di realizzare un sistema integrato per il Monitoraggio delle diverse linee di investimento, alimentato con le informazioni degli accordi di programma, delle schede degli interventi e con le informazioni previste dall'Accordo in Conferenza Stato-Regioni, sottoscritto il 19 dicembre 2002 ai fini della semplificazione delle procedure di ammissione a finanziamento, erogazione e monitoraggio degli investimenti pubblici in sanità. In questa fase le informazioni relative all'anagrafe delle strutture sono quelle presenti nel Sistema Storico Statistico del SIS. Nella seconda fase il sistema verrà completato con l'aggiunta di strumenti di analisi comparative a supporto dei processi decisionali e con l'integrazione delle informazioni della rete di assistenza e di monitoraggio dei costi.

[114] Il focus di questo studio è la definizione del sistema informativo a supporto dell'autorizzazione all'immissione in commercio (AIC) e la costituzione di una banca dati del farmaco per consentire l'implementazione di nuove funzionalità del sistema a supporto della Rete nazionale di farmacovigilanza. Lo studio di fattibilità è stato approvato dalla Segreteria tecnica nella seduta del 30 settembre 2003.

[115] L'obiettivo del progetto è la realizzazione di un sistema informativo integrato per il monitoraggio di tutte le strutture di offerta sul territorio, che consenta di rispondere alle esigenze di governo del sistema e di comunicazione verso il cittadino. Per superare uno dei vincoli, rappresentato dalla necessità di creare un identificativo univoco per tutte le strutture, è stato attivato un gruppo di lavoro interistituzionale a cui affidare la definizione di una "classificazione" nazionale delle strutture, che consenta l'individuazione delle strutture territoriali, attraverso criteri indipendenti dai diversi modelli di erogazione dei servizi adottati dalle Regioni. Il progetto si fonda sulla fruizione nel NSIS dei dati già esistenti relativi alle strutture e prevede la correlazione anagrafica delle ASL con la anagrafica dei Comuni; la definizione anagrafica delle strutture di ricovero; lo sviluppo della anagrafica delle strutture territoriali.

[116] La Cabina di Regia ha approvato lo studio di fattibilità del Sistema di integrazione delle informazioni sanitarie individuali, il 16 dicembre 2003. L'obiettivo del Sistema di Integrazione delle Informazioni Sanitarie Individuali è quello di integrare tutte le informazioni relative alle prestazioni erogate, riconducendole al singolo cittadino. Gli obiettivi che il progetto si propone di raggiungere sono di disporre di informazioni omogenee rispetto ai singoli eventi (ricoveri, specialistica ambulatoriale, assistenza domiciliare etc); ricondurre ciascun evento al cittadino che ha interagito con il SSN; disporre di ulteriori informazioni per l'individuazione dei percorsi diagnostico-terapeutici seguiti. Le informazioni raccolte attraverso il Sistema di Integrazione delle Informazioni Sanitarie Individuali potranno essere utilizzate sia per funzioni di governo del SSN, sia, in stadi evoluti del sistema, per funzioni di diagnosi, cura e riabilitazione sul singolo paziente. Anche per tale studio un vincolo per la realizzazione degli obiettivi prefigurati è rappresentato dalla necessità di classificazioni e codifiche uniche a livello nazionale, che consentano l'individuazione delle prestazioni in modalità indipendenti dalle diverse classificazioni e codifiche adottate a livello regionale. A tal fine, parallelamente alla realizzazione dello studio di fattibilità, verranno attivati diversi gruppi di lavoro dedicati. In prima istanza, le attività saranno focalizzate sulla classificazione e codifica delle prestazioni ambulatoriali.

omogenee e confrontabili e di definire metodologie di misura condivise per il bilanciamento tra qualità e costi. Il progetto, che vede il coinvolgimento di molteplici attori (Conferenza Stato-Regioni, Ministero della salute, ASSR, Regioni capogruppo, Regioni associate, Società Scientifiche, RTI Consulenza[117]) si propone, tra l'altro, di realizzare: una nuova classificazione delle strutture, una nuova classificazione delle prestazioni ambulatoriali; l'evoluzione del sistema DRG nazionale, la definizione univoca di metodologie e standard per la rilevazione dei tempi di attesa; gli standard di quantità delle prestazioni; le misure di eccellenza negli ospedali. Il progetto, parzialmente finanziato con una quota dei fondi stanziati per gli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, appare dunque emblematico di una maggiore consapevolezza delle problematiche di monitoraggio del sistema, da tempo segnalate dalla Corte e che hanno assunto sempre maggiore spessore nell'attuale evoluzione istituzionale.

Alle riferite esigenze di monitoraggio di ricollega anche l' obiettivo strategico 14 Utilizzo della Carta Nazionale dei Servizi (CSN) per gli obiettivi sanitari[118], la cui progettazione ha portato alla introduzione delle Tessera Sanitaria, con l'art. 50 del DL n. 269 del 2003, convertito nella legge n. 326 del 2003, recante "Disposizioni in materia di monitoraggio della spesa nel settore sanitario e di appropriatezza delle prescrizioni sanitarie". La norma ha previsto, in particolare, la realizzazione di iniziative progettuali, da parte del Ministero dell'Economia e delle Finanze, finalizzate al monitoraggio delle spesa sanitaria ed alla elaborazione di linee guida per l'utilizzo della carta elettronica nazionale, quale strumento di accesso ai servizi telematici del S.S.N.[119].

A tal fine, in particolare, il ministero dell'economia e delle finanze, con decreto adottato di concerto con il ministero della salute e con la Presidenza del Consiglio dei Ministri-Dipartimento per l'innovazione e le tecnologie, definisce i parametri della Tessera sanitaria (TS); il Ministero dell'economia e delle finanze cura la generazione e la progressiva consegna della TS, a partire dal 1° gennaio 2004, a tutti i soggetti già titolari di codice fiscale, nonché ai soggetti che fanno richiesta di attribuzione del codice fiscale o ai quali lo stesso è attribuito d'ufficio. La disposizione, prevista nella manovra per il 2004, segue ad una serie di interventi normativi e programmatici, spesso conseguenti ad accordi tra Stato e Regioni, nati dall'esigenza di conoscenza e controllo delle dinamiche della spesa sanitaria[120], il cui adempimento è di particolare valenza, per quanto si è detto, nel contesto istituzionale.

---

[117] Si tratta del R.T.I con il quale è stato stipulato in data 10 luglio il contratto "per i servizi di consulenza direzionale a supporto della Cabina di Regia per la realizzazione del NSIS".

[118] Articolato nell' Obiettivo Operativo:14.1 Definizione delle informazioni sanitarie individuali (EHR – Electronic Health Records) a livello nazionale e delle modalità di utilizzo della CNS.

[119] Il gruppo di lavoro interministeriale aveva rilevato la necessità di attribuire al cittadino un identificatore unico di tutte le prestazioni fruite sul territorio nazionale nonché di individuare un supporto per l'identificazione certa, utilizzabile nei diversi contesti regionali con dotazione tecnologica eterogenea, anche al fine di garantire l'interoperabilità dei sistemi EHR regionali. La norma riconosce nel codice fiscale l'identificatore unico del cittadino e nella tessera sanitaria il supporto utilizzabile nei diversi contesti regionali. Nell'ambito delle attività previste dall'obiettivo in argomento, sono state poi determinate le modalità di coinvolgimento dei rappresentanti regionali nelle attività di coordinamento tra il Ministero della Salute ed il Ministero dell'Economia e delle Finanze per la definizione dei requisiti della tessera sanitaria, del nuovo modello di ricettario e del dataset per lo scambio di informazioni. E' stato, inoltre, individuato un "nucleo minimo" di informazioni finalizzato al sistema di raccolta dati concernenti le prestazioni ambulatoriali e farmaceutiche e sono state, infine, condivise con un gruppo di Regioni le modalità tecnico-operative da utilizzare per l'acquisizione delle prestazioni erogate da parte degli organismi regionali.

[120] Già nell'accordo del 3 agosto 2000, ripreso nell'art. 87 della l. finanziaria per il 2001, dedicato al monitoraggio delle prescrizioni mediche, farmaceutiche, specialistiche e ospedaliere, era previsto un sistema di rilevazione in grado di interconnettere medici ed operatori sanitari ai ministeri della sanità, del tesoro, bilancio e p.e., alle Regioni, alla Conferenza Stato-Regioni, alle aziende sanitarie. Più puntuali indirizzi si rinvengono nell'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

Non può al riguardo non rilevarsi - insieme al necessario perfezionamento degli strumenti adottati[121] - la necessità di una sostanziale convergenza ed unitarietà dei progetti informatici che a varia denominazione (tessera sanitaria (TS), Carta di identità elettronica (CIE), Carta Nazionale dei servizi (CNS) - si muovono in una logica di efficienza e di potenziamento dei servizi resi al cittadino, evitando duplicazioni ed adottando le opportune misure di convergenza delle logiche dei servizio con quelli di garanzia del sistema. Le formule di confronto adottate e la stessa strumentazione devono infatti corrispondere non solo alla necessità di assicurare la conoscenza dei flussi finanziari, peraltro determinanti sugli equilibri di finanza statale e regionale, e dei sottesi fenomeni gestionali, ma risultano di crescente significatività nell'ottica del federalismo fiscale e della coerente complessiva attuazione delle nuove disposizioni del titolo V della Costituzione[122].

Lo sviluppo degli accennati strumenti informativi può costituire utile supporto anche all'esercizio dei controlli esterni, come rivisitati dall'art. 7 della legge n. 131 del 2003 (norme di adeguamento alla Costituzione) a garanzia del corretto funzionamento e della tenuta del sistema, anche nei confronti della UE.

3. Gli andamenti finanziari.

In tali coordinate istituzionali possono dunque essere lette le informazioni allo stato disponibili sugli andamenti finanziari del settore, più ampiamente ricostruiti nella relazione della Sezione delle autonomie sulla gestione finanziaria delle Regioni, approvata in data 23 giugno u.s..

In base alla Relazione generale sulla situazione economica del paese 2003 il rapporto spesa SSN/PIL risulta praticamente invariato rispetto al 2001 e al 2002, attestandosi al 6,3 per cento (dato peraltro inferiore a quello dei Paesi OCSE più sviluppati)[123]. Sempre per la citata relazione il rapporto percentuale tra finanziamento del SSN a carico dello Stato (calcolato a consuntivo secondo le modalità ed i criteri adottato nel documento) e PIL è andato crescendo negli ultimi quattro anni fino al valore del 6,1 per cento registrato nel 2003 (fino al 1999 lo stesso indicatore si era attestato attorno al 5,5 per cento medio, ricomprendendo nei finanziamenti la copertura parziale dei disavanzi di tale periodo a carico del bilancio dello Stato). L'incremento annuo percentuale del finanziamento complessivo stesso è andato, però,

---

perseguimento del nuovo sistema informativo sanitario (NSIS), coinvolgendo in forma sinergica l'attività dell'ISS, dell'Ispesl, dell'ASSR, mentre analoga funzione è richiesta alle Regioni con riguardo agli enti locali. Le stesse Regioni garantiscono la standardizzazione dei dati e la interoperabilità delle soluzioni tecnologiche adottate con quelle definite nell'ambito del nuovo sistema informativo nazionale. All'accordo dell'8 agosto 2001 ha fatto seguito il DL 18 settembre 2001 n. 347, convertito della legge 16 novembre 2001 n. 405, che all'articolo 2 prevede l'adozione da parte delle Regioni delle misure necessarie al monitoraggio, con la previsioni di eventuali sanzioni per i soggetti inadempienti che abbiano effettuato prescrizioni in misura superiore al livello appropriato. In base a tale norma è assicurata la disponibilità delle informazioni, anche per via telematica, da parte delle amministrazioni centrali (ministeri della salute, dell'economia e delle finanze, Dipartimento affari regionali della P.C.M.). Anche nelle successive disposizioni normative è presente una attenzione particolare ai temi del monitoraggio della spesa sanitaria.

[121] Ai modelli di Contabilità Economica (CE), sulle cui rilevazioni si fondano i dati contenuti nella relazione generale sulla situazione economica del paese 2003, si affiancano quelli relativi ai Livelli di Assistenza (LA), in corso di ulteriore definizione.

[122] Vedasi in particolare l'art.117, comma.2, che riserva alla legislazione esclusiva dello Stato la "determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale" (lett. m) ed il "coordinamento informativo, statistico ed informatico dell'amministrazione centrale, regionale e locale" (lett. r).

[123] In un'ottica di medio e lungo periodo va ricordato che nell'accordo dell'8 agosto 2001 era esplicitato l'obiettivo di ancorare l'evoluzione delle risorse pubbliche destinate al finanziamento del Servizio sanitario nazionale agli impegni assunti in sede europea con il Patto di stabilità e crescita, in base al quale, compatibilmente con le condizioni di finanza pubblica e con il miglioramento qualitativo e quantitativo del servizio, il rapporto tra finanziamento del Servizio sanitario Nazionale e PIL avrebbe dovuto attestarsi tendenzialmente, entro un arco temporale "ragionevole", ad un valore del 6%, comprese le entrate proprie.

allo stesso tempo, diminuendo fino al 3,7 per cento, in quanto la legislazione vigente non ha previsto alcun intervento integrativo a carico dello Stato.

La determinazione delle disponibilità finanziarie da destinare al finanziamento del SSN per il triennio 2002–2004 assunte nell'accordo dell'8 agosto 2001 sono definite per il 2002 in 75.596,895 milioni di euro (146.376 miliardi di vecchie lire) cui si aggiungono ulteriori 5 milioni di euro a norma dell'art. 52, comma 31, della legge n. 448 del 2001; per il 2003 in 78.564,456 milioni di euro (152.122 miliardi di vecchie lire); per il 2004 in 81.275,339 milioni di euro (157.371 miliardi di vecchie lire).

Accordi Stato-Regioni	2001*	2002*	2003*	2004*
Accordo 3 agosto 2000	67.729,71	70.100,25	72.518,71	74.621,82
Accordo 8 agosto 2001	71.271,05	75.596,90	78.564,46	81.275,34
* i valori sono espressi in milioni di euro				

Le disposizioni normative susseguitesi, prevedono, in caso di inosservanza degli impegni assunti, il ripristino dei precedenti livelli di finanziamento assentiti nell'accordo del 3 agosto 2000, ripreso dall'art. 83 della l. finanziarla per il 2001 (legge n. 388 del 2000). Tale sanzione già prevista dall'art. 40 della legge n. 448 del 2001 (legge finanziaria 2002), è confermata ed estesa dalle successive disposizioni[124]. Anche in base alle leggi finanziarie 2003[125] e 2004[126] eventuali inadempimenti agli impegni assunti[127] così come in caso di mancato rispetto da parte delle Regioni del patto di stabilità interno[128] comportano il ripristino del livello di finanziamento stabilito nel precedente accordo del 3 agosto 2000.

Va segnalato che l'erogazione delle disponibilità finanziarie secondo il livello concordato avviene sulla base delle conclusioni del tavolo di monitoraggio per la verifica degli adempimenti; il che comporta per il saldo un anno di ritardo, con difficoltà di cassa e possibili oneri aggiuntivi per il ricorso ad anticipazioni[129].

---

[124] E' da ricordare che, a norma dell'art. 4, della legge n. 112/2002, anche per l'anno 2003 come per il 2001 e 2002, il mancato rispetto degli impegni di cui ai punti 2 e 15 dell'Accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001 comporta, per il finanziamento della spesa sanitaria, il ripristino, per la regione e la provincia autonoma inadempiente, del livello stabilito nell'Accordo precedente del 3 agosto 2000, come integrato dall'art. 85, comma 6, della legge n. 388/2000, rivalutato secondo la percentuale stabilita al successivo comma 8 di quest'ultimo articolo.

[125] L'art. 52 comma 4 della legge n. 289/2002 (finanziaria per il 2003), richiamando l'art. 4 della legge n. 112/2002, prevede che, sempre al fine dell'adeguamento del finanziamento del SSN, per gli anni dal 2003 al 2005, le Regioni devono adempiere ad ulteriori impegni relativi al monitoraggio delle prescrizioni; all'appropriatezza ed all'efficienza nella utilizzazione delle risorse, con la previsione della decadenza dei direttori delle aziende sanitarie in caso di mancato raggiungimento dell'equilibrio economico delle aziende stesse. In particolare la l. finanziaria per il 2003 prevede tra gli adempimenti cui sono tenute le regioni, ai sensi dell'articolo 4 del decreto-legge 15 aprile 2002, n. 63, convertito dalla legge 15 giugno 2002, n. 112, ai fini dell'accesso all'adeguamento del finanziamento del Servizio sanitario nazionale per gli anni 2003, 2004 e 2005, l'attivazione nel proprio territorio del monitoraggio delle prescrizioni mediche, farmaceutiche, specialistiche e ospedaliere, di cui all'articolo 87 della legge 23 dicembre 2000, n. 388, la cui verifica avviene secondo modalità definite in sede di Conferenza Stato-Regioni.

[126] L'art. 3 comma 32 della finanziaria per il 2004 (legge n. 350/2003) ribadisce che nei confronti delle Regioni per le quali sia verificato il mancato rispetto degli adempimenti previsti dalle disposizioni richiamate cui si aggiungono gli artt. 48 e 50 del DL 269/2003 convertito dalla legge n. 326/2003, resta fermo l'obbligo del ripristino del livello del finanziamento corrispondente a quello previsto dall'Accordo tra Governo, Regioni e province autonome di Trento e di Bolzano del 3 agosto 2000, come integrato dall'articolo 85, comma 6, della legge 23 dicembre 2000, n. 388.

[127] Resi più stringenti, come si è detto, dalle disposizioni seguite.

[128] Per le cui modalità di attuazione si richiama il DL 18 settembre 2001, n. 347, convertito nella legge 16 novembre 2001, n. 405, recettivo del citato Accordo del 2001.

[129] Si evidenzia che il d.lgs. 231/2002, di attuazione della direttiva 2000/25 CE, prevede in caso di ritardo nei pagamenti rispetto alle scadenze di legge o contrattuali, un tasso di interesse moratorio dell'11%.

Per far fronte a tali difficoltà, la legge finanziaria 2004[130], stabilisce all'art. 3, comma 30, che per il 2004 le anticipazioni di cassa sono elevate al 95 per cento del fabbisogno complessivo, previo accordo in Conferenza Stato-Regioni sulla verifica degli adempimenti regionali, fermo restando il ripristino del livello del finanziamento corrispondente a quello previsto dall'Accordo del 3 agosto 2000, come integrato dall'articolo 85, comma 6, della legge 23 dicembre 2000, n. 388 nei confronti delle Regioni per le quali sia verificato il mancato rispetto degli adempimenti previsti.

Le disposizioni susseguitesi, pur evidenziando le segnalate criticità, hanno dunque confermato l'impianto dell'accordo dell'8 agosto 2001, alla cui base vi è l'intento di assicurare la stabilità della gestione, attraverso l'introduzione di strumenti di controllo della domanda e l'attivazione della leva fiscale, con l'applicazione di un'addizionale regionale all'IRPEF o di altri strumenti fiscali previsti dalla normativa vigente[131]. Senza qui affrontare le complesse implicazioni conseguenti alla combinazione di disposizioni diverse, riconducibili alle disposizioni del federalismo fiscale disegnato dal d.lgs n. 56 del 2000, a quelle contenute nelle leggi finanziarie ed ai principi di attuazione delle nuove norme costituzionali[132], va rilevato peraltro che con la legge finanziaria 2003 è stato limitato il margine di manovra fiscale attraverso la prevista sospensione di addizionali IRPEF deliberate dopo il 29 settembre 2002.

Le preoccupazioni della Corte sugli andamenti finanziari del settore, proprio in relazione agli esiti che il monitoraggio della spesa sanitaria ha dato in termini di tenuta degli strumenti sinora adottati e dello stesso accordo dell'8 agosto 2001 sono state di recente esplicitate nella Delibera delle Sezioni Riunite (Sez. Riunite, 28 aprile 2004, n. 11), relativa alla certificazione del CCNL del comparto del personale del Servizio sanitario nazionale, parte normativa quadriennio 2002-2005 e parte economica biennio 2002-2003), trasmessa anche al Parlamento, in base all'art. 47, comma 6 del d. lgs. N. 165 del 2001.

Tali preoccupazioni confermano quelle già espresse dalla Corte nel corso dell'audizione svoltasi il 25 marzo 2004 dinanzi alla V Commissione permanente del Senato. In questa sede la Corte, ha affermato che sul fronte della finanza regionale resta irrisolto il problema di consistenti squilibri nelle gestioni sanitarie, con una conseguente crisi di liquidità ed un più consistente ricorso al debito[133] così come quello della incidenza dei costi di assistenza della regolarizzazione degli immigrati. Le esigenze di riequilibrio, rimesse alle responsabilità regionali, impongono il reperimento di risorse nell'ambito delle entrate proprie libere da vincoli, il cui ammontare, già esiguo, come affermato dalla Corte nel corso dell'audizione, è stato ulteriormente compresso dal blocco della fiscalità regionale (art. 34 della legge finanziaria 2003).

---

[130] Legge 24-12-2003 n. 350 Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2004) pubblicata nella GU 27 dicembre 2003, n. 299, S.O.

[131] Si ricorda in proposito che l'art. 4 comma 3 del decreto legge n. 347 del 2001 convertito nella legge n. 405 del 2001, rubricato "Accertamento e copertura dei disavanzi" dispone che gli eventuali disavanzi di gestione accertati o stimati, nel rispetto dell'accordo Stato-Regioni dell'8agosto 2001, sono coperti dalle Regioni con le modalità stabilite da norme regionali che prevedano alternativamente o cumulativamente: l'introduzione di altre misure di compartecipazione alla spesa sanitaria, ivi inclusa l'introduzione di forme di corresponsabilizzazione dei principali soggetti che concorrono alla determinazione della spesa; variazioni dell'aliquota dell'addizionale regionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche o altre misure fiscali previste nella normativa vigente; altre misure idonee a contenere la spesa, ivi inclusa l'adozione di interventi sui meccanismi di distribuzione dei farmaci.

[132] Con l'approvazione nel marzo 2003 della legge 80/2003 di "Delega al Governo per il riordino del sistema fiscale statale" viene a modificarsi il quadro di riferimento per il finanziamento regionale in relazione al conferimento di una specifica delega per la graduale eliminazione dell'IRAP (imposta regionale sulle attività produttive).

[133] Al riguardo la Corte ha segnalato che l'aumento del debito propriamente regionale in gran parte destinato ai ripiani delle gestioni sanitarie espone nel 2003, a fronte del dato 1999, una crescita di oltre il 100%, percentualmente rilevante anche rispetto all'anno precedente (+15,3%). Ciò significa - ad avviso della Corte - che il permanere di consistenti disavanzi nella gestione della sanità determina un impatto significativo sulla tenuta degli equilibri dei bilanci regionali, sia per il costo del debito contratto per provvedere alle esigenze di ripiano sia per la difficile reperibilità di risorse fresche a copertura del differenziale rispetto ai fabbisogni annuali.

Nella più recente Audizione (N. 12/AUD/04) del 6 maggio 2004, presso il Comitato permanente per il monitoraggio degli interventi di controllo e contenimento della spesa pubblica la Corte ha più ampiamente ripreso la tematica, ricordando che con l'accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001 sono state riconosciute risorse finanziarie ulteriori rispetto a quanto previsto con il precedente accordo del 2000, ma si è anche attribuita alle Regioni la responsabilità della copertura finanziaria di ogni eventuale fabbisogno aggiuntivo. Evidenziando il percorso di inasprimento[134] avvenuto con la legge finanziaria 2002 , il decreto legge n. 63 del 2002 e la finanziaria per il 2003[135] per l'accesso alle risorse aggiuntive nel periodo 2001-2004, la Corte ha evidenziato come tale scelta abbia reso effettivamente più stringenti i vincoli di bilancio delle regioni, creando, in tal modo, le condizioni per una forte lievitazione delle risorse da destinare alla sanità, attraverso interventi correttivi da assumere a carico delle regioni.

La criticità della situazione nel comparto sanitario è accentuata dunque dalla circostanza che i risultati del 2003 si giovano, in misura non irrilevante, dello slittamento al 2004 degli effetti attesi dal rinnovo dei contratti collettivi di lavoro 2002-2003 per il personale del SSN, per il quale, come si è detto, è stato sottoposto al Parlamento il problema in ordine agli oneri finanziari, per i quali non corrisponde una chiara individuazione dei mezzi di copertura, comunque da collocare entro i margini di evoluzione della complessiva spesa sanitaria stabiliti dall'accordo dell'8 agosto 2001. Per la Corte, in tale quadro, la stipula del contratto collettivo, cui il negoziatore pubblico ha comunque ritenuto di dover pervenire, determina fondati motivi di preoccupazione circa la sostenibilità, a legislazione vigente e in costanza del blocco della fiscalità regionale, degli oneri di personale che il contratto ha introdotto a carico delle aziende sanitarie.

La Corte ha osservato altresì come tali problemi sono destinati a riproporsi in occasione del rinnovo, annunciato a breve, del contratto nazionale per la dirigenza medica[136], e che sarebbe opportuno che decisioni di spesa di così rilevante impatto siano assunte in base a valutazioni che tengano conto dei complessivi andamenti della finanza pubblica e siano, perciò, inserite nel contesto delle necessarie operazioni correttive[137].

Alla luce di tali considerazioni vanno dunque letti i dati contenuti nella relazione generale sulla situazione economica del paese 2003 come rilevati dai modelli di Contabilità Economica presenti nel Sistema Informativo Sanitario (SIS), 4° trimestre, in ordine al costo del personale ivi stimato in 27.942,6 milioni di euro, con un aumento contenuto (+0,9 per cento rispetto al 2002), tenendo però conto che non risultano ricompresi in questa voce di costo gli oneri aggiuntivi di competenza del 2003 relativi al rinnovo dei contratti del biennio 2002-2003, delle cui implicazioni finanziarie si è sopra riferito[138].

---

[134] Legato all'adozione da parte delle Regioni di misure di controllo e contenimento della spesa sanitaria (l'adesione alle convenzioni in tema di acquisti di beni e servizi, il rispetto di obblighi informativi sul monitoraggio della spesa, il rispetto dei vincoli previsti con il patto di stabilità interno, la adozione di misure strutturali di contenimento della spesa sanitaria).

[135] Con cui sono stati richiesti ulteriori adempimenti per l'accesso alle successive integrazioni di finanziamento che riguardano un più stretto monitoraggio delle prescrizioni sanitarie e il contenimento delle liste d'attesa.

[136] Si ricorda che il recente decreto-legge 29 marzo 2004, n. 81, recante interventi urgenti per fronteggiare situazioni di pericolo per la salute pubblica convertito nella legge 26 maggio 2004, n. 138 ha previsto una nuova disciplina per la dirigenza medica, per quanto concerne il rapporto di lavoro non esclusivo, rendendo più flessibili e reversibili le relative opzioni. Il provvedimento precisa chela non esclusività del rapporto di lavoro non preclude la direzione di strutture semplici e complesse.

[137] La situazione di criticità del finanziamento della spesa sanitaria e la necessità di sostenere le Regioni al fine di migliorare la loro efficienza e contenere costi giudicati insostenibili e penalizzanti emergono anche nel documento redatto a Cernobbio il 6 aprile 2004 dal Ministro della sanità e dagli assessori regionali, che, a fronte della crescita della spesa sanitaria in misura superiore alle risorse stanziate, ha concordato due linee di intervento consistenti "nell'ottenere maggiori finanziamenti pubblici per affrontare meglio l'area socio-sanitaria e, in particolare, la non autosufficienza delle persone anziane e nel razionalizzare maggiormente il Servizio Sanitario esistente, così da aumentarne l'efficienza e la qualità".

[138] Il costo del contratto del comparto è stimato in 2,5 miliardi di euro, dei quali 328 milioni a carico dello Stato

Sulla base della ricostruzione operata dalla relazione generale sulla situazione economica del paese 2003 - in via di continuo ulteriore aggiornamento - i costi complessivi del SSN sostenuti nell'anno 2003 ammontano a 81.384,9 milioni, di cui 80.825,3 milioni riferiti alle Regioni e province autonome e 559,458 milioni riferiti ad altri enti del SSN finanziati direttamente dallo Stato[139].

In base ai dati ivi esposti[140] si evidenzierebbe a livello nazionale - pur in presenza di situazioni diverse a livello regionale - un rallentamento della crescita dei costi del SSN, che aumentano complessivamente del 3,7 per cento rispetto al 2002 a fronte di più forti incrementi percentuali tra 1999 e 2000 (+11,1 per cento) e tra 2000 e 2001 (+8,6 per cento).

Il costo dell'aggregato farmaceutica convenzionata, considerato tra i più incisivi fattori generatori della spesa, e pertanto oggetto di disposizioni normative di contenimento susseguitesi nel recente periodo[141] - stimato nella relazione generale sulla situazione economica del Paese 2003 in 11.147,51 milioni di euro, ha registrato una riduzione di circa il 6 per cento rispetto al 2002. Peraltro nei primi mesi del 2004 si registra un nuovo balzo in avanti, come più ampiamente riferito nella relazione della Sezione delle Autonomie sulla gestione finanziaria delle Regioni (anni 2002 e 2003) approvata in data 23 giugno u.s.[142].

Tra gli aggregati da monitorare con particolare attenzione vi è quello relativo ai beni e servizi, che si riferisce a diverse componenti[143], anch'esso oggetto di disposizioni normative di contenimento susseguitesi negli anni che, nella contabilizzazione operata dalla relazione generale sulla situazione economica del paese è pari, nel 2003, a 18.677,8 milioni di euro, con un incremento, rispetto al 2002, del 7,7 per cento. Un incremento pari al 5,6 per cento rispetto al precedente anno è stimato per i costi (8.327,3 milioni di euro) delle prestazioni di assistenza ospedaliera acquistata dalle aziende sanitarie, da IRCCS, Policlinici, ospedali classificati e case di cura private accreditate. Quanto agli altri costi, l'aggregato medicina generale convenzionata, rappresentato dalle convenzioni con i medici di medicina di base (che comprendono le convenzioni con i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e i medici di continuità assistenziali notturna e festiva) il costo complessivo, che ammonta a 4.842,1 milioni di euro,

---

[139] Va considerato che nel 2002 si è concluso il processo di transizione dalla contabilità finanziaria alla contabilità economico patrimoniale, la cui adozione ha peraltro evidenziato un uso non sempre appropriato delle voci relative, rendendo non agevole la ricostruzione degli andamenti, anche per la introduzione di differenziati sistemi di contabilità. A partire dal 2001 i costi di produzione vengono rettificati anche dell'importo relativo ai ricavi maturati con l'attività libero professionale in intra-moenia. Infatti le aziende sanitarie registrano contabilmente i ricavi dell'intra-moenia per poter poi dare al personale la compartecipazione all'attività libero professionale e trattenere i restanti ricavi a sterilizzazione dei costi di produzione.

[140] Si ricorda con riferimento alle modalità di acquisizione dei dati relativi al conto economico delle aziende asl ed ospedaliere, che in base al D M 16 febbraio 2001 e successive modifiche, le Regioni e le province autonome. 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.

[141] Si ricorda che per la farmaceutica la legge finanziaria 2003,.aveva confermato le disposizioni normative di contenimento già adottate nel 2002 ed in particolare, l'art. 3 del DL n.63 del 2002, convertito dalla legge n. 112 del 2002,con cui si disponeva una riduzione del prezzo di vendita al pubblico dei medicinali ed una rigorosa limitazione dei convegni e congressi organizzati dalle imprese farmaceutiche, intervenendo anche in materia di brevetti, per allinearne gradualmente la disciplina a quella europea.

[142] Si ricorda che in base all'art. 48 del DL 30 settembre 2003, convertito con modificazioni dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, facente parte della decisione di bilancio per il 2004 viene fissato come valore di riferimento, a livello nazionale ed in ogni singola regione in sede di prima applicazione, al 16 per cento l'onere a carico del SSN per l'assistenza farmaceutica complessiva, compresa quella relativa al trattamento dei pazienti in regime di ricovero ospedalieroe, fermo restando il disposto dell'art. 5, comma 1 del DL 347/2001. Si prevedono altresì misure in caso di superamento del tetto di spesa.

[143] Si tratta di acquisto di beni, manutenzioni e riparazioni ordinarie, godimento di beni, spese amministrative, servizi appaltati, costi per la formazione, consulenze, imposte e tasse. Una parte di questo incremento è legato alla distribuzione diretta dei farmaci, incentivata su tutto il territorio nazionale per contenere la spesa farmaceutica erogata attraverso le farmacie convenzionate, i cui importi vengono iscritti contabilmente in questo aggregato, mentre una certa incidenza sull'incremento deriva dall'alta tecnologia presente nei beni utilizzati in sanità.

evidenzia un incremento del 5 per cento rispetto al precedente anno[144]. I costi delle prestazioni di assistenza specialistica acquistate da convenzionati SUMAI, da operatori pubblici (IRCCS, Policlinici) e da operatori privati accreditati, ammontano a 2.775,8 milioni di euro, evidenziando un incremento del 2 per cento rispetto al precedente anno. Le prestazioni di "altra assistenza", che comprendono l'assistenza integrativa, riabilitazione, protesica, cure termali, assistenza agli anziani, disabili, comunità terapeutiche e trasporti sanitari, ammontano a 6.795,6 milioni di euro, facendo registrare un incremento del 4,3 per cento rispetto al 2002.

Nel complesso, sulla base della ricostruzione operata dalla relazione generale sulla situazione economica del paese 2003 che, come si è detto rielabora le informazioni risultanti dei modelli C.E., l'importo del disavanzo complessivo nazionale del SSN è stimato in 1.809,1 milioni, dato peraltro già modificato, sia pure in misura non decisiva, dalle più recenti elaborazioni del ministero.

Va considerato che la relazione opera tale calcolo tenendo conto che non sono stati utilizzati tutti i dati di ricavo così come risultanti dai modelli CE presenti nel SIS[145] e che rispetto a quanto inizialmente stanziato o previsto, a consuntivo si riscontrano differenze nel valore complessivo dei finanziamenti dovute sia ad ulteriori trasferimenti, non valutati in sede previsionale, effettuati alle aziende sanitarie dalle rispettive Regioni e province autonome nonché da altre amministrazioni pubbliche e da enti privati, sia al differente importo effettivamente introitato per ricavi e entrate proprie varie[146]. A livello regionale, inolte, i valori di finanziamento previsti ed effettivi divergono a causa del fatto che a consuntivo vengono utilizzati dati più aggiornati relativi ai saldi della mobilità sanitaria interregionale.

Pertanto, per il calcolo dei disavanzi a livello nazionale e regionale la relazione ha operato, nell'individuazione del volume complessivo di risorse di competenza da contrapporre ai costi di competenza, una configurazione di finanziamento a consuntivo pari a complessivi 79.575,6 milioni, in cui l'importo attribuito agli altri enti risulta incrementato dell'importo stimato di finanziamento (pari al costo sostenuto stimato) per l'Ospedale B. Gesù di Roma[147].

Il riparto delle disponibilità finanziarie è stata adottato dal Governo con Delibera Cipe del 14 marzo 2003[148], sulla base dell'accordo in Conferenza Stato-Regioni del 6 febbraio, quasi a

---

[144] La relazione segnala che non essendo state rinnovate le convenzioni con i medici di base, tali aumenti sono da ricollegarsi sia ai meccanismi automatici di incremento della retribuzione sia all'attuazione di accordi integrativi locali oltre che alla progressiva partecipazione dei medici di base all'assistenza domiciliare integrata (ADI) di cui molte Regioni stanno facendo partire i programmi.

[145] In particolare, in luogo dei contributi in conto esercizio, rappresentati dalla quota del Fondo sanitario regionale, e dei valori attivi della mobilità sanitaria si è ritenuto opportuno considerare le corrispondenti quote di finanziamento assegnate per l'anno di competenza con delibera CIPE, corrette con i valori della mobilità attiva risultanti dall'ultima matrice di mobilità, di cui si è detto, comunicati da ciascuna regione e contenente dati più aggiornati rispetto a quelli adottati nella delibera medesima per la determinazione del fabbisogno regionale; ciò, anche al fine di ottenere il consolidamento nazionale a somma zero dei valori della mobilità attiva con quelli passivi. Per il 2003 sono stati assunti i valori della mobilità relativi all'anno 2002, che rappresentano gli ultimi disponibili.

[146] Anche le risorse aggiuntive a carico dello Stato, disposte a titolo di ripiano o integrative del finanziamento per i LEA e/o per interventi in campo sanitario previste da successive norme di legge possono determinare ulteriori differenze tra finanziamento a consuntivo e quello previsto ad inizio anno.

[147] Tali correzioni si sono rese necessarie, soprattutto, anche a fronte dei diversi sistemi e metodiche di contabilizzazione in bilancio adottati da ciascuna regione e provincia autonoma. I criteri utilizzati nella relazione sono ispirati dall'esigenza, oltre che di annullare tali disomogeneità, di uniformare la situazione dei disavanzi tra regioni, per competenza annuale (con risultati comparabili con quelli degli esercizi pregressi) ed in conformità alla vigente legislazione in materia (che prevede la partecipazione integrale al finanziamento del SSR per le Regioni Valle d'Aosta, Friuli-Venezia Giulia e per le Province autonome di Trento e di Bolzano) ma possono determinare valori di disavanzo diversi da quelli riportati dalle Regioni attraverso i dati raccolti tramite il SIS.

[148] In base all'articolo 39, comma 1, del decreto legislativo 15 dicembre 1997, n. 446 il quale dispone che il CIPE su proposta del Ministero della salute, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, delibera annualmente la ripartizione delle disponibilità finanziarie per il Servizio Sanitario nazionale ed all'articolo 115, comma 1 lettera a) del decreto legislativo 31 marzo 1998, n.112 che riserva alla competenza dello Stato tale procedura.

ridosso della precedente ripartizione per il 2002, avvenuta con Delibera Cipe 10 gennaio 2003[149].

In base al quadro previsionale ricostruito dalla relazione, le disponibilità per finanziare il servizio sanitario nazionale per l'anno 2003 ammontano a 78.572,8 milioni e derivano, per 78.564,4 milioni (compresi 1.032,9 milioni per riequilibrio), da quanto convenuto nell'accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001, per 5 milioni, dal disposto dell'articolo 52, comma 31, della legge n. 448 del 2001 (a compensazione delle minori entrate per il SSN connesse alla esclusione dalla partecipazione al costo di particolari prestazioni sanitarie da parte di alcune categorie di cittadini) e, per ulteriori 3,4 milioni, dal d.lgs. n. 230 del 1999 (passaggio al SSN delle funzioni sanitarie svolte dall'Amministrazione penitenziaria nel settore dell'assistenza ai detenuti).

La quota riservata ai LEA (76.829,3 milioni, pari a 1.328,2 euro pro-capite) è stata ripartita anche per il 2003[150]. tra le Regioni e le province autonome, a norma della legge n. 662 del 1996[151], con talune innovazioni[152].

Nel finanziamento per livelli di assistenza una quota del 5 per cento viene riservata alla prevenzione, una del 45 per cento alla funzione ospedaliera, mentre le restanti risorse sono destinate all'attività sul territorio (50 per cento).

Per l'esecuzione di particolari attività e il raggiungimento di specifici obiettivi previsti da leggi e provvedimenti speciali in materia di sanità pubblica (tra cui, principalmente: assistenza e formazione per aids, borse di studio ai medici di medicina generale, assistenza agli extracomunitari, interventi nel settore dell'assistenza veterinaria, assistenza agli hanseniani, assistenza e ricerca per la fibrosi cistica, fondo di esclusività per la dirigenza medica, obiettivi prioritari del PSN), vengono riservati 1.317 milioni. Una quota (426,5 milioni) è infine destinata ad alcuni enti del SSN, tra cui Croce Rossa Italiana e Istituti Zooprofilattici Sperimentali per le rispettive esigenze di funzionamento, Cassa DD.PP. per il rimborso delle rate dei mutui pre-riforma, Università per l'erogazione delle borse di studio ai medici specializzandi.

I dati su riportati, come si è detto soggetti a continuo ulteriore aggiornamento, sono peraltro indicativi degli andamenti generali della spesa, più analiticamente esaminata dalla Corte

---

[149] Tale provvedimento erra stato adottato sulla base della proposta del Ministro della salute, non essendosi raggiunta l'intesa con le regioni, con riguardo alla stima delle entrate "proprie".

[150] Tale disponibilità è individuata per 32.981,623 milioni stimati di IRAP e addizionale regionale IRPEF; per 34.286,803 milioni di Fondo per fabbisogno sanitario ex d.lgs. 56/00 (compartecipazione IVA e accise), compreso il riequilibrio da ripartirsi in base a quanto indicato nei punti 16 e 17 dell'accordo dell'8 agosto 2001, e corretto con i saldi stimati della mobilità sanitaria; per 6.674,253 milioni di ricavi e entrate proprie varie e di partecipazioni delle Regioni a statuto speciale e delle province autonome; per una quota (2.886,642 milioni) del Fondo sanitario ex d.lgs. n. 56/2000 da assegnare, come quota parte a carico dello Stato, alle sole Regioni Sicilia e Sardegna per il finanziamento dei LEA.

[151] Per quota capitaria differenziata pesata in base ai criteri:della popolazione residente per età e per sesso; della frequenza dei consumi sanitari per livello e sotto-livello di assistenza, età e sesso; dei tassi di mortalità della popolazione; degli indicatori epidemiologici territoriali; degli indicatori relativi a particolari situazioni territoriali ritenuti utili al fine di definire i bisogni sanitari della popolazione. I valori così ottenuti sono corretti per tenere conto della mobilità sanitaria interregionale.

[152] Nella delibera si ritiene di ripartire la complessiva somma di 643.930.000 euro per la prevenzione per quota capitaria applicando come correzione la radice cubica del tasso di mortalità infantile e perinatale. Per ripartire le risorse da assegnare per l'assistenza ospedaliera,valutabili in 33.524.148.000 euro, si utilizza la popolazione pesata per classi di età secondo valori determinati dall'incidenza del ricorso al ricovero evidenziato dall'esame delle schede di dimissione ospedaliera, corretti con la utilizzazione della radice cubica del tasso standardizzato di mortalità. Nell'ambito dell'attività distrettuale la farmaceutica viene valutata in 9.474.215.000 euro, pari al 13% del fabbisogno complessivo a norma della vigente legislazione. Viene individuata una quota di 2.959.298.000 euro, pari a circa il 4,1% che viene ripartita sulla base della distribuzione della popolazione ultrasessantacinquenne. Con la residua disponibilità si finanzia la medicina generale e la pediatria di libera scelta, le prestazioni sia specialistiche che diagnostiche e le altre attività sul territorio con ripartizione a quota capitaria assoluta; su una quota pari a circa il 5% del totale così individuato si applicano, come parametri correttivi, indici che tengano conto della concentrazione della popolazione sul territorio.