

parte quanto previsto dall'art. 2 del DPR del '97, stabilisce che l'accreditamento istituzionale viene rilasciato dalla Regione alle strutture autorizzate, pubbliche o private, nonché ai professionisti che ne facciano richiesta a condizione che siano soddisfatti "requisiti ulteriori di qualità" da individuare sulla base di un atto di indirizzo e coordinamento del Governo, peraltro ancora da emanare.

Resta poi il ruolo incisivo affidato agli accordi contrattuali fra *asl* e fornitori, valevoli a definire volumi di attività e finanziamento delle unità produttive di prestazioni sanitarie, ove la modulazione delle tariffe, con riguardo al superamento dei limiti, dovrebbe servire a comporre la contraddizione fra risposta al bisogno salute e limite di finanziabilità [v. ora comma 3, art 88, finanziaria 2001]. A parte la diversa terminologia adoperata [*accordo* con le strutture pubbliche, *contratto* con le strutture private] l'idea di favorire una concorrenza negoziale, riservando alle aziende sanitarie locali [*asl*] il ruolo di acquirente di prestazioni per conto degli assistiti, viene peraltro contraddetta dalle regole che presiedono alla scelta del fornitore, con riguardo alle quali, mentre non decisiva è la valutazione comparativa costi-qualità, manca poi la previsione di procedure di assegnazione basate su principi idonei a garantire un grado accettabile di concorrenza fra fornitori. La quale trarrebbe poi ulteriore spiazzamento da una eventuale esclusione dei presidi ospedalieri dal finanziamento a tariffa, a favore di una loro integrazione verticale con la *asl* e conseguente esclusione dal sistema concorrenziale.

Una prima considerazione è per notare come sin dai primi anni successivi alla riforma del '92, malgrado l'originaria ispirazione alla logica dei quasi - mercati, sempre più frequente sia stata l'introduzione di limiti e vincoli alle attività di *asl* e ospedali, per

nulla coerenti con un sistema concorrenziale che alle regole della competizione si dovrebbe principalmente affidare per trovarvi argine a inefficienze e sprechi.

L'incertezza sulla reale efficacia del sistema concorrenziale a realizzare un sostanziale contenimento del fabbisogno e un decisivo miglioramento della qualità ha influito su un complesso di disposizioni e linee normative spesso improntate da forte ambivalenza. Tant'è che insieme alla nuova linea rivolta alla promozione dell'efficienza, tramite incentivi riconducibili alla logica del mercato, ha continuato ad operare la più tradizionale strategia dell'imposizione di vincoli e sanzioni<sup>3</sup>.

Tale stato di ambiguità e incertezza riscontrabile, a livello centrale, nelle iniziative del Governo e nella stessa evoluzione legislativa si è del resto comunicato alla legislazione delle Regioni a statuto ordinario e alle relative scelte organizzative per lo più caratterizzate da una modesta apertura al modello concorrenziale specie nella relazione pubblico-privato e poca incisività nell'ambito del settore pubblico, specie ospedaliero.

Il che schiude ad una considerazione di carattere più generale. In realtà le politiche sociali specie dopo la seconda metà degli anni '90 sono state decisamente influenzate dai programmi nazionali di riduzione del debito pubblico e dalle esigenze di risanamento finanziario imposto dai parametri di convergenza per l'ingresso nel '99 nell'area della moneta unica. Tale obiettivo ha riproposto l'esigenza di più stretto

---

<sup>3</sup> A riguardo vale ricordare quanto disposto con il collegato alla finanziaria '95, [legge 724/'94], il cui art. 6 ebbe a disporre un tetto massimo alla spesa per beni e servizi destinato ad operare per l'anno 1995 [con riduzione del 18%] e nei due successivi [con riduzioni del 16% e del 14%]; poi reiterato nella misura del 2,5% con il collegato alla finanziaria per il 1998 [legge 449/'97]. Quanto al 1999 la disciplina del patto di stabilità interno recata all'art. 28 della legge 448/'98 ha coinvolto nell'obbligo di riduzione del disavanzo anche le gestioni sanitarie, le quali - escluse dalla finanziaria per il 2001 dal patto di stabilità - sono tuttavia destinatarie di una disciplina intesa a responsabilizzare totalmente i bilanci regionali in caso di travalicamenti dai tetti.

controllo sui flussi di cassa per rafforzare il quale vincoli e sanzioni hanno fatto premio sull'incerto esito di meccanismi concorrenziali non ancora sufficientemente collaudati.

Non a caso, sia nel collegato alla finanziaria '99, sia nella delega per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale [legge 419/'98] e nello stesso d.lgs. attuativo 229/'99, l'attenzione per l'efficienza e l'efficacia dei servizi sanitari si traduce in modalità di controllo e sanzioni capaci di coinvolgere direttamente le Regioni sull'obiettivo di riduzione del disavanzo in sanità, ove forme alternative al ricovero ospedaliero, riduzione dei giorni di degenza e coinvolgimento delle responsabilità prescrittive dei medici sono altrettante misure vevoli a dar vita ad un sistema di razionalizzazione-compressione dell'offerta allo scopo di una immediata riduzione del fabbisogno generato dal settore sanitario. Una linea che, ancor più avvalorata dalle finanziarie 2000 e 2001 [v. a riguardo *infra*, parag. 2.], privilegia un modello organizzativo che, pur continuando a far centro sullo strumento dell'accreditamento, collega strettamente per tramite dei *requisiti ulteriori* la programmazione regionale a quella nazionale per poi stringere il finanziamento in una misura definita e vincolata mediante l'operatività di contratti [o accordi] negoziati sulla base di piani preventivi di attività ove sono fissati volume e tipologie di prestazioni, remunerate al costo standard di produzione o in base a tariffe predefinite.

Le scelte recentemente emerse a seguito della razionalizzazione del servizio sanitario nazionale e del Piano sanitario 1998-2000 hanno decisamente favorito un assetto fondato su una pianificazione-programmazione degli interventi, ove prevale una complessità organizzativa che ruota attorno al Piano sanitario nazionale [PSN] mentre la programmazione regionale è sostanzialmente stretta fra gli indirizzi di livello centrale

e i programmi attuativi locali. Non dissimile la logica cui sembra ispirarsi il Piano sanitario nazionale 2000-2003 di recente approvato dal Consiglio dei ministri, ove semmai la vera novità è sulla forte scommessa su tecnologie e risposte più mirate alla domanda sanitaria, in termini di adeguatezza e appropriatezza di cura.

Per altro verso va notato come, pur nel contesto di notevoli attribuzioni riservate alle Regioni, traspaia una linea che tende a mantenere decisa centralità al Governo tramite l'ampia dilatazione di poteri correlati alla funzione di indirizzo, coordinamento e perfino di controllo sostitutivo, mentre resta irrisolta la questione cruciale della definizione dei livelli essenziali di assistenza, la cui mancata soluzione ha sin qui espropriato il livello regionale di ogni margine di autonoma determinazione relativamente alle prestazioni di assistenza sanitaria da assicurare in relazione a diversità di bisogno e di domanda.

Tale aspetto, unitamente al cambiamento di rotta nel perseguimento di una efficiente e sana gestione in sanità, spiega l'affievolirsi, anche a livello di scelte regionali, di modelli strutturali orientati a logiche di competizione concorrenziale, specie in quelle realtà ove maggiore è risultato il peso pro-capite dei disavanzi annuali. La spinta forte all'aziendalizzazione, presente nei provvedimenti del 1992, in realtà si è presto attenuata, frenando un processo la cui complessità esige il deciso e perdurante appoggio del Governo centrale. Per altro verso, la lentezza da parte di Regioni e *asl* nel recepimento della logica di *budget* ha ulteriormente affievolito la fiducia nell'intrinseca capacità di buon funzionamento di quei *quasi-mercati* cui era stata affidata la scommessa di contribuire a risolvere le maggiori crucialità legate all'incontrollabile evoluzione della spesa in sanità.

## **2. Le disposizioni relative al settore sanitario nella finanziaria 2001 e negli accordi Governo-Regioni**

### *2.1. Il "nuovo" patto di stabilità interno in sanità nell'accordo Governo-Regioni del 3 agosto 2000 e nella attuazione della finanziaria 2001*

L'art. 83 della legge 23 dicembre 2000 n. 338 prevede importanti novità nella disciplina del patto di stabilità interno; il quale - va ricordato - è stato introdotto con l'intento di assicurare minore dinamicità all'evoluzione della spesa corrente di Regioni e enti locali, chiamati a concorrere al perseguimento degli obiettivi di convergenza e di stabilità derivanti dalla appartenenza dell'Italia alla UE.

Tale impegno si è tradotto - in base all'art. 28 della legge 448/'98 e 30 della legge 488/'99 - nell'obbligo per gli enti decentrati di programmare i propri bilanci in modo da realizzare nel 1999 e nel 2000 una riduzione del finanziamento in disavanzo della spesa corrente in misura pari allo 0,1% del PIL. Il saldo finanziario tendenziale e programmatico includeva originariamente la spesa per la sanità, da calcolare - in base alle circolari applicative del Tesoro - separatamente per gestioni *asl* e per gestioni ospedaliere [v. più diffusamente Parte I<sup>a</sup>, par. 5].

Con l'art. 83 della finanziaria 2001 cambiano - come detto - le regole tramite le quali attuare il coinvolgimento dei Governi regionali secondo una logica nuova che registra indirizzi e intese cui va in effetti ricondotto l'avvio del nuovo regime.

Il decreto 1 agosto 2000 del Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, nel dettare modalità tecniche per il computo del disavanzo finanziario su cui commisurare l'obiettivo programmatico 2000, limita - con la

disposizione transitoria recata all'art. 5 - il calcolo relativo al patto di stabilità interno *alla gestione delle funzioni non riguardanti la sanità.*

Tre considerazioni a riguardo. La prima, per notare la presa d'atto da parte del Tesoro della difficile praticabilità di un coinvolgimento regionale in obiettivi di contenimento di spesa corrente comprensivi di poste la cui evoluzione resta in gran parte condizionata da decisioni assunte a livello centrale.

La seconda considerazione riguarda lo strumento di avvio della disciplina del cambiamento: un decreto del Ministro del tesoro che, seppure riservato alla specificazione di modalità tecniche, segna un momento importante di preparazione del successivo accordo Governo-Regioni del 3 agosto.

Tale effetto preparatorio, legandosi alle disposizioni dell'accordo e al loro recepimento in finanziaria 2001, dà sostegno ad una modificazione legislativa il cui risultato finale è l'abbattimento della preordinata soglia di riduzione di fabbisogno finanziario del comparto regionale<sup>4</sup>. A compensazione del quale e a nuova copertura viene tuttavia previsto, a partire dall'anno 2000, l'accollo totale ai bilanci regionali dei travalimenti rispetto ai finanziamenti destinati al servizio sanitario nazionale, facendovi fronte mediante aumento delle imposte da deliberare sui bilanci 2002 oppure con mutui a proprio carico<sup>5</sup>.

---

<sup>4</sup> Il risparmio atteso dalle misure di contenimento era valutato, con riguardo alle Regioni a statuto ordinario, dell'ordine di 1000 miliardi per il 1999 e altrettanto per il 2000, con recupero di quanto non realizzato l'anno precedente. Una volta esclusi i risparmi attesi dalla sanità, l'obiettivo di contenimento ne risulta inevitabilmente ridotto.

<sup>5</sup> Seppure l'indicata misura compensativa possa fungere da copertura a fronte dell'esclusione della sanità dal computo del risparmio atteso per il 2000 e 2001, cambia tuttavia la composizione e la qualità dei mezzi approntati: riduzione di spesa corrente secondo l'originaria logica; crescita di imposizione tributaria o aumento di indebitamento nel secondo caso.

Terza considerazione è sul trattamento da riservare all'anno 1999 rispetto al quale, se per un verso disposizioni recate nel D.M. del Tesoro non sembra possano valere a modificare obblighi precostituiti per legge, d'altro canto va pure detto che l'accordo Governo-Regioni del 3 agosto prevede, ma solo dall'anno 2000, l'accollo totale ai bilanci regionali dei travalicamenti di spesa rispetto ai finanziamenti, con ciò rendendone neutri gli effetti e consentendo il previsto superamento dell'obbligo di miglioramento dei saldi in precedenza incluso nel patto di stabilità interno.

Nondimeno è interessante notare come l'esclusione della spesa sanitaria dal patto di stabilità interno sia da porre in relazione con un nuovo assetto disegnato nelle relazioni Governo-Regioni in sanità. La difficile individuazione delle rispettive responsabilità con riguardo all' "incremento incontrollato" della spesa, ove molta è stata l'influenza di una eccessiva frammentazione delle competenze, ha focalizzato la riflessione su alcuni nodi problematici che più di altri hanno richiesto attenzione e risposta.

Il primo, implicato dall'obiettivo ineludibile dell'equa distribuzione di sacrifici e responsabilità, ha posto in risalto l'urgenza di un adeguato e efficiente sistema di monitoraggio e di controllo per corrispondere all'esigenza conoscitiva in ordine all'origine dei fabbisogni e alla loro oggettiva riferibilità all'uno o all'altro livello di governo.

Non minore priorità ha rivestito la necessità di riparare ai "guasti" del passato, tramite definitiva sistemazione dei deficit pregressi.

Su queste premesse ulteriore crucialità rinviene dall'esigenza di superamento della logica perversa di un'annuale sottostima dei fabbisogni sanitari e delle risorse destinate a finanziarli.

## 2.2. Nuove regole per il ripiano dei disavanzi pregressi in sanità

L'accordo Governo-Regioni dell'agosto 2000 ha previsto un ulteriore finanziamento per il ripiano di disavanzi pregressi registrati sino all'anno 1999 dalle gestioni sanitarie, con ulteriore onere a carico del bilancio dello Stato pari a 3.000 miliardi in aggiunta ai 13.000 miliardi già previsti in finanziaria 2000 [TAB. A, legge 23.12.1999 n. 488]. La finanziaria 2001 ha dato attuazione a tali impegni con l'art. 83. Si tratta, complessivamente, di 16.000 miliardi<sup>6</sup>, con riferimento ai quali era l'impegno del Governo di predisporre entro il 30 settembre 2000 un d.d.l. per l'utilizzo di 13.000 miliardi e liquidazione del 50% nei successivi tre mesi.

Seppure con un certo ritardo, il decreto legge 19 febbraio 2001 n. 17, convertito con modificazioni con la legge 28 marzo 2001 n. 129, dispone un primo riparto fra le Regioni dell'indicata somma da erogare in tre successive *tranches*: 7.000 miliardi nel 2001, 6.000 miliardi nel 2002, 3.000 miliardi nel 2003 [v. *infra*, par. 7]. Va pure detto che – in base all'accordo – mentre l'erogazione della prima *tranche* presuppone l'accertamento dei disavanzi con le modalità di cui alla legge 21/97 [certif. Presidenti], il saldo sui 9.000 miliardi sembrerebbe condizionato alla contrazione dei mutui da parte delle Regioni per la quota a loro carico [punto 11 dell'accordo] per procedere ai quali occorrerà tuttavia specifica autorizzazione legislativa. La modifica introdotta in sede di

<sup>6</sup> Cfr. Tab. A, stato di previsione Ministero della Sanità; gli importi per la regolazione dei debiti pregressi sono pari a 7.000 miliardi per il 2001, 6.000 miliardi per il 2002, 3.000 miliardi per il 2003.



conversione ha tuttavia chiarito passaggi chiave per la normalizzazione a regime dei rapporti finanziari Governo - Regioni; in primo luogo la liquidazione dei 9.000 miliardi riservati agli anni 2002 e 2003 vengono "subordinati all'adozione, da parte delle Regioni, di provvedimenti per la copertura della parte di disavanzo a loro carico". Inoltre l'esigenza di rendere effettivi i compiti di monitoraggio prevede per le Regioni di curare la predisposizione di elaborati statistici trimestrali ove la ricomposizione di costi e ricavi viene tuttavia ricondotta a voci estremamente aggregata. Il rischio è la diminuzione di visibilità in ordine alle cause dell'alimentazione della spesa e del deficit.

### *2.3. Rideterminazione dei fabbisogni sanitari per gli anni 2000 e 2001. L'accordo integrativo del marzo 2001*

Ulteriori regole innovative rinvenienti sia dall'accordo dell'agosto scorso, sia dalla finanziaria 2001, hanno riguardato i finanziamenti dell'assistenza sanitaria per il 2000 e il 2001.

Per il primo di tali anni è stato riconosciuto un fabbisogno di circa 124.000 miliardi, con una integrazione di risorse per 6.860 miliardi rispetto a quanto originariamente previsto [117.129 miliardi].

Quanto all'anno 2001, la previsione di fabbisogno - originariamente definita dall'accordo in 129.000 miliardi [+ 4%; 5.000 mld in v.a. sui fondi 2000] - è stata rideterminata in oltre 131.000 miliardi<sup>7</sup>, dei quali 130.900 miliardi previsti in finanziaria [art. 85, comma 6] e altri 300 miliardi da stanziare con l'assestamento del

<sup>7</sup> Tale somma complessiva comprende anche le voci relative ai trasferimenti al Bambino Gesù, per Radioterapia, altre spese vincolate e altri enti. Per la ripartizione di tale complessivo importo si veda il successivo paragrafo.

bilancio 2001. Si tratta di oltre 2.000 miliardi in aggiunta alle previsioni di agosto, con i quali si è inteso dare accoglimento alle richieste avanzate dalle Regioni in ordine alla esigenze di copertura delle minori entrate proprie *asl* connesse alla progressiva eliminazione dei ticket e all'abolizione della fascia B del prontuario terapeutico.

Da dire tuttavia che, sia a livello regionale sia da fonti ufficiali, non mancano gli avvisi in ordine alla già riscontrata insufficienza di tale previsione di fabbisogno, la cui tenuta sarebbe messa in tensione oltre che dall'insufficiente quantificazione degli oneri finanziari e economici con effetti sui bilanci regionali<sup>8</sup>, anche da una serie di ulteriori scelte assunte da parte del livello centrale con ricaduta finanziaria in ambito regionale; in particolare, quelle relative al contratto dei medici e ai premi per l'esclusività, alla convenzione per la medicina generale, al rinnovo contrattuale per il personale non medico, i cui effetti finanziari restano fuori dall'accordo di agosto e dalle disposizioni recate in finanziaria 2001. Ugualmente fuori da tale accordo sarebbe la copertura da assicurare agli oneri aggiuntivi connessi all'applicazione degli accordi contrattuali al personale dipendente dai Policlinici universitari, agli ospedali classificati [art 4, comma 12, d.lgs. 502/'92] e agli IRRCS.

In relazione a tali questioni la soluzione è ora rimessa ad un accordo Governo-Regioni integrativo di quello di agosto, sottoscritto il 22 marzo scorso<sup>9</sup>, che prevede un monitoraggio attivato congiuntamente dal Tesoro, dalla Sanità, dalle Regioni e

---

<sup>8</sup> Il Servizio bilancio del Senato [nota di lettura n. 89 - XIII Legislatura - novembre 2000] non ha mancato di evidenziare una sottostima dell'onere, con la conseguenza di un aumento di spesa a carico del SSN per farmaci che si aggiunge a quanto già in precedenza stimato nell'8,6% per il 2000 e 8,4% per il 2001. Ugualmente sottostimato secondo il Servizio bilancio-Senato è l'onere conseguente all'abolizione parziale, a decorrere dal 2002 e successiva eliminazione dal 2003, del *ticket* sulla diagnostica ove particolare rilievo assume la quantificazione che ne deriva a carico dello Stato e delle Regioni. La copertura prevista in finanziaria 2001 per gli anni 2001-2003 non assicura certezza in termini di congrua quantificazione dell'onere con effetto sui bilanci regionali.

<sup>9</sup> L'accordo Governo-Regioni del 22 marzo 2001, integrativo del precedente siglato il 3 agosto 2000, è pubblicato in G.U. 24 aprile 2001.

Province autonome e con il supporto della Agenzia per i servizi sanitari regionali [ASSR] per la verifica dell'evoluzione della spesa nei settori relativi a: i) spesa farmaceutica e specialistica ambulatoriale; ii) spesa per contratti e convenzioni; iii) spese per l'esclusività del rapporto con ospedali classificati religiosi, IRCSS, Policlinici universitari e componente universitaria delle aziende miste.

Altro tavolo di lavoro e monitoraggio, con analoga partecipazione e supporto tecnico della ASSR, costituito con il predetto accordo presso la Conferenza Stato-Regioni avrà il compito di definire i livelli essenziali di assistenza e relative prestazioni sanitarie in correlazione agli effettivi costi e perciò alle risorse finanziarie necessarie e disponibili.

Aspetti invece riferibili all'accordo di agosto, recepiti in finanziaria 2001, riguardano poi le risorse concernenti: i) lo sblocco di 1.614 miliardi accantonati sul FSN 1999 [pari all'1,5%] sin qui condizionati dall'art. 28 della 488/'98 [comma 14, secondo periodo, ora abrogato]<sup>10</sup> alla sottoscrizione di programmi di rientro<sup>11</sup>; ii) la riassegnazione delle annualità 1999 [1005 mld] e 2000 [170 mld] per obiettivi di piano a compensazione di precedente riduzione; iii) la previsione di circa 2000 miliardi da investire in strutture necessarie alla professione intramuraria dei medici pubblici in aggiunta all'incremento di 2.000 miliardi per l'edilizia sanitaria ex art. 20, legge 67/'86 [punto 10 dell'accordo e art 83, legge 388/2000].

<sup>10</sup> La sottoscrizione di tali programmi di rientro è reiteratamente slittata sia a causa delle difficoltà di ricomposizione dei dati di base sia a causa della tornata elettorale della primavera scorsa.

<sup>11</sup> L'art. 83, comma 8, della legge 388/2000 sopprime la disposizione dell'art. 28, comma 14, secondo periodo che prevedeva la ripartizione dell'1,5% del FSN solo fra le Regioni che avessero sottoscritto e dato esecuzione agli accordi con i Ministeri della Sanità e del Tesoro per un piano di interventi finalizzato al conseguimento dell'equilibrio economico-gestionale.

#### *2.4. La trasparenza delle decisioni di spesa sulla base di regole condivise*

Le indicate misure di natura finanziaria assumono particolare significato nel quadro complessivo della reciprocità degli impegni assunti dai Governi, centrale e regionali, con gli accordi di agosto e del febbraio scorso, tramite i quali è venuto progressivamente ad instaurarsi un sistema pattizio di relazioni istituzionali, ove trasparenza e sostenibilità della spesa per l'assistenza sanitaria restano obiettivi fondamentali e condivisi per assicurare un assetto di ragionevole governabilità al settore.

In questa linea di accentuata responsabilizzazione di entrambi i livelli di governo va letto l'impegno più incisivo nel controllo sui disavanzi sanitari che, a partire dal 2001, vanno rigorosamente accertati dalle Regioni mediante verifiche sui conti consuntivi di *asl* e ospedali, da effettuare entro il 30 giugno dell'anno successivo [art. 83, comma 4, legge 388/2000]. Ne consegue l'esposizione dei bilanci regionali a sostegno dei necessari interventi di copertura mediante l'attivazione dei margini riservati alla propria autonomia impositiva [art. 83]. Questa resta peraltro *condizionata* alle determinazioni dei Ministri della Sanità e del Tesoro per l'individuazione - d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni - delle basi imponibili sia dei tributi regionali, sia dell'ammontare delle variazioni di una o più aliquote. Le Regioni devono poi provvedere, entro il 31 ottobre, pena l'intervento sostitutivo del Governo, la cui previa diffida non vale a mitigare l'effetto invasivo, a prescindere dalla autonoma scelta regionale sui modi ritenuti più efficaci per un fattivo recupero degli equilibri finanziari [art. 83, commi 4,5,6,7, legge 388/2000].

Va pure sottolineato come, al più severo coinvolgimento del livello regionale nel controllo sull'evoluzione di una spesa sanitaria cronicamente in disavanzo, debba corrispondere - secondo la logica pattizia dell'agosto scorso - una proposta del Governo, per la quale era tuttavia prevista la scadenza del 31 dicembre 2000, di ridefinizione dei livelli essenziali di assistenza compatibili con le risorse disponibili a partire dal 2001 [punto 6 dell'accordo]. Per adempiere a tale impegno, che condiziona la stessa praticabilità e ragionevolezza dei vincoli e degli oneri posti a carico del livello regionale - ma sin qui rimasto inevaso - è stato solo di recente previsto [art. 2, d.l. 19 febbraio 2001 n. 17] il supporto operativo dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali [ASSR] nel quadro di misure atte a rafforzarne l'operatività tramite riorganizzazione e potenziamento strutturale.

In questa complessa reciprocità, che collega obiettivi e corrispondenti adempimenti, va inquadrata in primo luogo la regola che sopprime il vincolo di destinazione delle risorse per l'assistenza sanitaria, sin qui previsto dall'art. 10 della legge 133 del 1999. A riguardo della quale va peraltro osservato come l'indicato vincolo, se smette di operare sull'entrata, si trasforma indirettamente in vincolo alla spesa la quale nel triennio 2001-2003 deve assicurare all'assistenza sanitaria risorse non inferiori alle quote che risultano dal riparto dei fondi destinati per ciascuna anno al finanziamento del servizio sanitario nazionale [art. 83, comma 1, legge 388/2000].

Non minore interesse riveste l'impegno reciprocamente assunto da Governo e Regioni in ordine all'attivazione di procedure di monitoraggio e di verifica dei livelli di assistenza erogati, nonché sull'andamento della spesa sanitaria articolata per fattori produttivi e per imputazione decisionale al fine di identificare i fattori determinanti tale

andamento e la responsabilità della relativa dinamica specie con riguardo agli effetti di cui all'art. 9, comma 5, del d.lgs. 56 del 2000<sup>12</sup> e a garanzia dell'efficienza ed efficacia del SNN [punto 8, accordo 3 agosto 2000]. In tale medesima linea pattizia è l'impegno di concertare programmi per il controllo dei suindicati fattori e per definire criteri standardizzati di rendicontazione delle attività delle aziende sanitarie e ospedaliere, innovando altresì la struttura dei collegamenti telematici per la raccolta delle informazioni.

Per corrispondere all'esigenza di una maggiore visibilità e trasparenza gestionale Governo e Regioni sono del resto impegnate a modificare, dal 1° marzo 2001, sia le modalità di erogazione delle risorse finanziarie alle Regioni, come pure il sistema dei pagamenti alle *asl*, da gestire direttamente dalle Regione e non per tramite di anticipazioni e sospesi di tesoreria.

#### *2.5. Il "tavolo di monitoraggio" per l'accertamento delle responsabilità di spesa e per la definizione dei livelli essenziali di assistenza*

Nel quadro di una operativa messa a regime di sistemi valevoli a far chiarezza su situazioni finanziarie ed esiti gestionali in tema di assistenza sanitaria è l'integrazione all'accordo del 3 agosto 2000 mediante nuovo accordo fra Governo e Regioni sottoscritto – come detto in precedenza – il 22 marzo di quest'anno, ai fini

---

<sup>12</sup> Il comma 5 dell'art. 9 del d.lgs. 56 del 2000, in materia di federalismo fiscale, stabilisce che "le determinazioni incidenti sui fattori generatori della spesa sanitaria – e in particolare quelli riguardanti la spesa per il personale, la spesa farmaceutica e gli oneri per la cura dei non residenti - sono assunte in modo da rendere trasparenti la responsabilità di dette determinazioni con riguardo ai diversi livelli di governo, centrale regionale e locale" evidenziando i prevedibili effetti finanziari sui diversi livelli di governo e assicurando che gli eventuali maggiori oneri a carico delle Regioni a statuto ordinario, originate da iniziative assunte a livello nazionale, siano correlate ad un corrispondente adeguamento della quota di compartecipazione regionale all'IVA.

dell'attivazione di un "tavolo di monitoraggio della spesa sanitaria" tra Tesoro, Sanità, Regioni e Province autonome<sup>13</sup> con il supporto dell'ASSR<sup>14</sup> e di ulteriore "tavolo" presso la segreteria della Conferenza Stato-Regioni per la definizione di livelli essenziali di assistenza da correlare ai costi effettivi e perciò alle risorse finanziarie necessarie e disponibili, anche in considerazione della definizione dei fondi integrativi.

Entrambi i momenti di verifica assumono decisivo rilievo in considerazione dell'impegno del Governo di integrare il FSN per quanto riferibile alla propria esclusiva responsabilità anche in relazione ai maggiori oneri da corrispondere per contratti e convenzioni e per l'esclusività del rapporto con Policlinici universitari, Istituti e enti di cui all'art. 4, comma 12, del d.lgs. 502/'92, nonché con gli Istituti di ricovero e cura di carattere scientifico per gli effetti finanziari conseguenti<sup>15</sup> [v. *retro*, paragrafo 2.3].

Quanto alle politiche regionali per gli anni a venire, l'obiettivo è di contenimento alla crescita della spesa sanitaria - con riferimento al preconsuntivo 2000 - nella misura massima del 1,3% nel 2002, del 2,3% nel 2003, del 2,5% nel 2004, cui corrisponde una rideterminazione delle previsioni programmatiche con tasso di evoluzione nella misura del 3,5%, del 3,45% e del 2,9% [art. 85, commi 7 e 8]. Il mancato conseguimento degli obiettivi, da verificare annualmente a decorrere dal 30 marzo 2002, implica l'intervento

---

<sup>13</sup> Le Regioni a statuto speciale e le province autonome partecipano al tavolo di monitoraggio a titolo di uditori, mentre intrattengono con i competenti Ministeri trattative separate come espressamente sancito dal punto 12 dell'accordo integrativo.

<sup>14</sup> Il tavolo di monitoraggio è chiamato, in particolare, a espletare verifiche nei settori relativi a: i) spesa farmaceutica e specialistica ambulatoriale, anche in relazione alle speciali normative introdotte con la finanziaria 2001; ii) spesa per contratti e convenzioni; iii) esigenze di ulteriore finanziamento per l'esclusività del rapporto per ospedali classificati religiosi, IRCSS, componente universitaria delle aziende miste e policlinici; iv) coordinamento sull'integrazione socio-sanitaria; v) linee guida sui protocolli d'intesa Università/Regioni.

<sup>15</sup> Per tali aspetti si veda: ordine del giorno dei Presidenti delle Regioni in data 1 febbraio 2001 e accordo 22 febbraio 2001 Governo-Regioni.

della Conferenza Stato-Regioni per proporre i criteri e gli strumenti idonei a finanziare lo scostamento registrato che, se riferibile a responsabilità regionali, comporta l'obbligo per le Regioni di reintrodurre i *ticket* soppressi o di applicare le misure di fiscalità definite ai sensi dell'art. 83, commi 5 e 6, pena l'intervento sostitutivo del Governo.

Per concludere, l'avviso di questa Corte è che nei rapporti fra diversi livelli di governo sempre più assumono decisivo rilievo le questioni relative alla corretta copertura dei maggiori oneri annualmente introdotti in ambito sanitario, in ordine ai quali diviene cruciale l'effetto che ne consegue in termini di distribuzione a carico dei bilanci dello Stato e delle Regioni, anche ai fini della necessaria coerenza con quanto disposto all'art. 27 della legge 468 del 1978 in applicazione dell'art. 81, 4° comma, cost. [v. Corte cost., sent. 8.6.1981 n. 92].

#### *2.6. Ulteriori disposizioni recate dalla finanziaria 2001*

Funzionali a risparmi di spesa sono le norme dettate in finanziaria sui controlli a campione sulle cartelle cliniche [art. 88, comma 2], nonché sull'appropriatezza dei ricoveri, valutata, per quelli di lungodegenza, tramite valori soglia coniugati ad abbattimento delle tariffe [art. 88, comma 1]. Altrettanto dicasi per la disciplina prevista in tema di informatizzazione delle prescrizioni mediche erogate da soggetti pubblici e privati accreditati [art. 87].

Tali norme, unitamente a quanto previsto dagli articoli 58 e 59 sulla razionalizzazione delle procedure di acquisto di beni e servizi [v. Parte I<sup>a</sup>, paragrafo 2], dovrebbero assicurare la realizzazione degli obiettivi di spesa programmati dall'accordo Governo-Regioni del 3 agosto 2000. Riguardo a queste ultime si rinvia a quanto in