

TEMI E PROBLEMI DELL'ASSISTENZA SANITARIA

Sommario

1	I nuovi scenari della programmazione sanitaria: i livelli essenziali di assistenza (prima parte).....	2
1.1	Il processo di riforma dello Stato e le sue implicazioni sulle politiche sanitarie.....	4
1.2	Il ruolo delle Conferenze	6
1.2.1	Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano.....	6
1.2.2	Conferenza Stato-Città ed Autonomie Locali	7
1.2.3	Conferenza Unificata Stato-Regioni, Città e Autonomie Locali	7
1.2.4	Le intese raggiunte dalla conferenza S/R in materia di spesa sanitaria.	8
1.3	IL FEDERALISMO FISCALE.....	9
1.3.1	Il decreto legislativo 56/2000	11

1 I nuovi scenari della programmazione sanitaria: i livelli essenziali di assistenza (prima parte)

Introduzione e sintesi

Il tema dei LEA necessita di un breve, ma indispensabile, percorso di avvicinamento, composto da diverse tappe. Per l'estensione del capitolo, si è ritenuto opportuno dividerlo in due parti.

Lo schema ripercorre quello utilizzato in sede di lezioni frontali presso alcuni gruppi regionali.

Prima parte

Prima tappa: il processo di riforma dello Stato e le sue implicazioni sulle politiche sanitarie

Tali aspetti sono già stati in parte trattati nel modulo CO2 – M01 (2.1.1. la Costituzione e le leggi di attuazione della Costituzione e di modifica della stessa – Prof.S. Nocera). Ritengo comunque non sia ridondante riprendere alcuni degli aspetti salienti del processo di riforma in senso federale, non senza alcune inevitabili avvertenze:

- per processo di riforma federale faccio esclusivamente riferimento al processo legislativo che sta modificando la struttura e il funzionamento della Repubblica
- non mi riferisco quindi alle posizioni e ai comportamenti espressi dalle forze politiche, ma alla produzione legislativa, a partire dalla L.Costituzionale 18.10.2001 n.3 (modifiche al Titolo V della parte seconda della Costituzione – G.U. serie generale n.248 del 24.10.2001)
- le valutazioni sulle competenze statali e regionali in materia sanitaria e ogni altra valutazione in ordine alle modifiche costituzionali (principio di sussidiarietà, finanziamento, ecc.) sono svolte in riferimento al testo costituzionale vigente, e non al nuovo testo

della Costituzione recentemente approvato in sede di dibattito parlamentare.

Infine, due ultime precisazioni di carattere generale:

- come già detto, questo corso non è orientato all'analisi del processo di riforma federale, anche se, come detto, a tale processo è necessario riferirsi per comprendere la consistenza e la natura dei problemi legati alle politiche di tutela del diritto alla salute; il livello di approfondimento su tale contesto è pertanto necessariamente limitato
- gli elementi che concorrono alla definizione delle politiche sanitarie nel nostro Paese appartengono pienamente a tale processo di riforma, e quindi non solo le opinioni sono numerose e diversissime tra loro, ma il dibattito e gli accadimenti che lo compongono sono in continua e rapida evoluzione; **raccomando pertanto che ciascuno approfondisca e confronti le opinioni e gli elementi che di seguito saranno esposti.**

Seconda tappa: il ruolo della Conferenza Stato/Regioni

- Avvicinandoci sempre di più al tema specifico oggetto di questa parte di FAD, occorre conoscere, per sommi capi, il meccanismo di funzionamento dei processi decisionali in ordine ad alcuni aspetti delle politiche sanitarie e sociosanitarie, a partire dalla conoscenza dei luoghi istituzionali in cui le regioni e le autonomie locali svolgono il rapporto e il confronto con lo Stato:
- la Conferenza Stato/Regioni
- la Conferenza Stato/Città e Autonomie Locali
- il funzionamento delle due conferenze in forma di Conferenza Unificata

Terza tappa: Il federalismo fiscale e la spesa sanitaria

L'elemento che accompagna il processo federale e anzi, ne costituisce uno dei tratti salienti, è il tema delle risorse: come raccoglierle, come redistribuirle, come destinarle, come impiegarle. E' evidente che ogni impostazione che punti a trasformare l'assetto dello Stato introducendo maggiori autorità e responsabilità a livello regionale, non può evitare di definire i meccanismi fiscali che consentano a cia-

scuna regione di governare da sé le proprie risorse. Il problema rimane, ovviamente, come garantire l'unità del Paese a partire dal godimento per l'intero territorio nazionale e per tutti/e i cittadini/e dei livelli essenziali concernenti i diritti sociali e civili.

Un compito – quello della definizione di quale modello di federalismo fiscale - che proprio in direzione della spesa sanitaria vede concentrarsi il grosso del dibattito e dello scontro non solo tra le diverse forze politiche, ma anche tra la Corte Costituzionale e lo Stato, oltre che da parte di studiosi, centri di ricerca, ecc.

Il tema del federalismo fiscale (in relazione ai temi delle politiche sanitarie) sarà trattato

- in relazione ai contenuti delle norme che hanno affrontato il problema (primo fra tutti il provvedimento che ha dato inizio al processo di autonomia regionale sul piano fiscale – D.Lgs18.02.2000 n.56 – disposizioni in materia di federalismo fiscale, a norma dell'art. 10 della L.13.05.1999 n.133 – G.U. 15.03.2000 n.62)
- in relazione ad alcuni aspetti del dibattito in corso su tale materia; un dibattito intenso, a tratti caotico, che giustifica ancora di più la raccomandazione di considerare i materiali proposti come occasione per promuovere approfondimenti, verifiche, confronti.

Seconda parte

Quarta tappa: i livelli essenziali di assistenza (LEA)

In questa quarta tappa tenterò di illustrare il complesso provvedimento che ha definito i LEA (DPCM 29.11.2001 – G.U. serie generale n.33 del 8.02.2002 supplemento ordinario n.26), soffermandomi in particolare modo sull'area dell'integrazione sociosanitaria.

All'interno del paragrafo, in accordo con la direzione del Progetto, vengono inoltre esposti due elementi ritenuti complementari e integrativi alla formazione:

- il primo elemento si riferisce all'analisi del provvedimento condotta dalla FISH
- il secondo elemento è la presentazione dei criteri che hanno ispirato la definizione "alternativa" elaborata dalla Federazione

Glossario e legenda

Acronimo/voce	Decodifica/definizione
DPCM	Decreto Presidente del Consiglio dei Ministri
D.Lgs	Decreto Legislativo
DDL	Disegni di Legge
DL	Decreto Legge
DPEF	Documento di Programmazione Economica e Finanziaria
LEA	Livelli essenziali di assistenza (sanità e sociosanitaria ad elevata integrazione sanitaria)
LEP /LIVEAS	Livelli essenziali delle prestazioni sociali
CONF. S/R	Conferenza Stato Regioni
CONF. S/Città	Conferenza Stato, Città e Autonomie Locali
Unificata	La riunione congiunta della CONF S/R e della Conferenza Stato – Città e Autonomie Locali
ANCI	Associazione Nazionale Comuni d'Italia
UPI	Unione Province Italiane
UNCEM	Unione dei Comuni e delle Comunità Montane
CIPE	Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica
SSN	Sistema Sanitario Nazionale
FSN	Fondo Sanitario Nazionale (artt. 51 e segg.L.833/1978)
PSN	Piano Sanitario Nazionale (L.833/1978)
Quota Capitaria	La quota di spesa sanitaria attribuita convenzio-

nalmente a ciascun cittadino per determinare l'entità delle risorse necessarie al funzionamento del SSN

Le parti evidenziate in corsivo verde, rappresentano il mio punto di vista e quindi, in quanto tali, non costituiscono materiali oggetto di formazione. Sono solo ulteriori contributi e sottolineature in alcuni passaggi, su materie che sono certamente e ampiamente di natura politica, e non solo tecnica, e sono, peraltro, considerazioni coincidenti con le posizioni e riflessioni condotte su questi temi dalla FISH. In tal senso, ritengo che possano comunque essere accolte dai corsisti.

1.1 Il processo di riforma dello Stato e le sue implicazioni sulle politiche sanitarie

La L.Cost.3/2001 ha modificato il Titolo V° parte Seconda della Costituzione. Sono rimasti intatti, per intenderci

- **i principi fondamentali** (tra cui l'art. 3 Cost. che sancisce il principio di non discriminazione e il dovere della Repubblica di rimuovere gli ostacoli che limitino di fatto il principio di uguaglianza)

la parte prima, tra cui

- **il titolo primo, in materia di rapporti civili** – di cui fa parte l'art. 13 sulla libertà personale
- **il titolo secondo, in materia di rapporti etico-sociali** – di cui fanno parte l'art. 32 relativo alla tutela della salute e l'art. 34 relativo al diritto all'istruzione
- **il titolo terzo, in materia di rapporti economici** – di cui fanno parte l'art. 35 dedicato alla tutela del lavoro e l'art. 38 per il diritto all'assistenza
- **il titolo quarto, in materia di rapporti politici.**

La L.Cost. 3/2001, come si è detto, ha agito sul Titolo V° parte seconda, dedicata ai rapporti istituzionali e alle competenze tra le diverse parti della Repubblica.

Anzi, proprio dalla nuova definizione di Repubblica (art.114 Cost.) conviene partire per sapere che

il testo vigente ha modificato e ampliato la fisionomia della Repubblica: non più un'entità nazionale che si ripartisce tra Regioni, Province e Comuni (come il testo precedente stabiliva), ma un'entità complessa costituita (e quindi non solo ripartita) da diversi soggetti istituzionali (Comuni, Province, Città Metropolitane, Regioni, Stato), dove Comuni, Province, Città Metropolitane e Regioni "sono enti autonomi con propri statuti, poteri e funzioni secondo i principi fissati dalla Costituzione".

I livelli di autonomia tra Stato e Regioni sono definiti nell'art. 117. Senza, come già detto, affrontare il complesso tema delle competenze, basti sapere che su questo aspetto si è prevalentemente concentrato non solo il dibattito politico e istituzionale (prima, durante e dopo la riforma), ma anche il contenzioso tra lo Stato, le Regioni e le Autonomie Locali (cito, solo per dato di conoscenza, l'elevato numero di ricorsi avviati presso la Corte Costituzionale proprio in materia di competenze regionali e statali. Nel periodo 8.11.2001/31.12.2003, i ricorsi presentati da regioni e province contro lo Stato sono stati 103, mentre, al contrario, i ricorsi presentati dallo Stato sono stati 99. Un confronto quindi del tutto aperto e ricco di posizioni, che sarebbe opportuno monitorare costantemente al fine di potere intervenire su questioni che sono centrali per il tema dei diritti delle persone con disabilità e di chi li rappresenta (sanità, scuola, lavoro, ecc.).

L'elemento fondamentale che il novellato art.117 Cost. mette in luce è l'individuazione delle materie rimaste di competenza legislativa esclusiva dello Stato, e di quelle di competenza concorrente assegnate alle regioni.

Prima di esaminare il disposto dell'art. 117, può essere utile fornire due "scolastiche" definizioni:

Legislazione esclusiva: le Regioni possono legiferare in piena autonomia nel rispetto delle norme costituzionali

Legislazione concorrente: le Regioni esercitano il potere legislativo sotto il vincolo dei principi fondamentali stabiliti dal Legislatore Nazionale.

Il secondo comma dell'art. 117 elenca le materie di competenza esclusiva dello Stato. Alla lettera m) si stabilisce che è compito dello Stato la

determinazione dei livelli essenziali concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio Nazionalesono materie di legislazione concorrente quelle relative atutela della salute,....previdenza complementare e integrativa,....

La tabella che segue fornisce una sintesi delle nuove competenze assegnate alle Regioni

Competenze	Prima della riforma	Dopo la L.Cost.3/2001
Amministrazione generale	Competenza esclusiva Stato	esclusiva
Difesa nazionale	Competenza esclusiva Stato	esclusiva
Giustizia	Competenza esclusiva Stato	esclusiva
Sicurezza pubblica	Competenza esclusiva Stato	esclusiva
Relazioni internazionali	Competenza esclusiva Stato	esclusiva
Istruzione e cultura	Competenza esclusiva Stato	esclusiva
Università e ricerca	Competenza esclusiva Stato	esclusiva
Edilizia	Competenza concorrente	Invariata
Lavoro e previdenza	Competenza esclusiva Stato	esclusiva
Assistenza sociale	Competenza esclusiva Stato	esclusiva

Pensioni di guerra	Competenza esclusiva Stato	esclusiva
Igiene e sanità	Competenza esclusiva Stato	esclusiva
Trasporti e comunicazioni	Competenza concorrente	Invariata
Competenze	Prima della riforma	Dopo la L.Cost.3/2001
Agricoltura ed allevamento	Competenza concorrente	esclusiva
Industria, artigianato e comm.	Competenza concorrente	esclusiva
Interventi nelle aree pressate	Competenza esclusiva Stato	esclusiva
Altri interventi economici	Competenza esclusiva Stato	esclusiva
Ex finanza regionale locale	Competenza esclusiva Stato	esclusiva
Protezione civile	Competenza esclusiva Stato	esclusiva

Ricapitolando:

La Costituzione Italiana ha ridefinito la trama delle autorità e delle responsabilità istituzionali, privilegiando il potenziamento delle autonomie locali e delle potestà legislative regionali, ma assegnando, al contempo, nuovi e delicati compiti all'autorità statale, compreso quello di definire condizioni e situazioni sulle quali veicolare il principio costituzionale dell'uguaglianza tra i cittadini

Tra tali condizioni e situazioni rientrano certamente i livelli essenziali di assistenza sanitaria e sociosanitaria, richiamati dalla normativa sanitaria vigente (L.833/78, D.Lgs.502/92, D.Lgs.517/93, D.Lgs.229/99).

1.2 Il ruolo delle Conferenze

- Prima di entrare nel merito della complessa materia riferita alla spesa sanitaria, può essere utile ripercorrere brevemente l'attuale sistema di conferenze, istituito in tempi diversi, ma unificato dall'esigenza di garantire luoghi istituzionali stabili e organizzati che affrontino nel merito i rapporti tra lo Stato, le regioni e le autonomie locali (Comuni, Province, Comunità Montane) in relazione ai provvedimenti e ai temi che di volta in volta vengono posti nelle agende politiche e istituzionali.
- *In altre parole, le tre conferenze vedono riuniti e a confronto tra loro i protagonisti che a diverso titolo governano il sistema italiano, e quindi rappresentano un livello particolarmente significativo, per non dire decisivo, per la comprensione dei processi decisionali e quindi, potenzialmente, per l'intervento delle formazioni sociali (Associazioni, OO.SS., ecc.). In tal senso ritengo sia un errore e una imperdonabile sottovalutazione considerare il sistema delle conferenze un mero luogo burocratico. Al contrario, è opportuno considerare quei luoghi per ciò che effettivamente sono, e cioè non solo luogo con compiti e funzioni di confronto, studio, informazione e consultazione, ma anche e soprattutto luoghi con funzioni decisionali. In tal senso credo che il movimento delle persone con disabilità (nel suo insieme) dovrebbe dedicare maggiore attenzione a tale sistema.*

1.2.1 Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano

La Conf. S/R è stata istituita nel 1983 (DPCM 12.10.1983). Nella conferenza sono presenti tutti i Presidenti di Regione e delle due Province autonome di Trento e Bolzano. Nel corso del tempo diversi provvedimenti si sono occupati del ruolo e del funzionamento della Conf. S/R (L.23.08.1988 n.400, D.Lgs. 16.12.1989 n.418) così come un preciso intervento è stato effettuato dalla Corte Costituzionale che ha stabilito a più riprese come il rapporto tra Stato e Regioni si deve caratterizzare secondo il principio di "leale collaborazione" (vedi le sentenze 116/1994 e 338/1994).

E' il D.Lgs. 28.08.1997 n.281 che introduce cambiamenti di rilievo al ruolo della Conf. S/R. L'art. 1 ne stabilisce le competenze (qui riportate in sintesi):

- Promozione e definizione di intese e accordi
- Promozione del coordinamento della programmazione statale e regionale
- Assicurazione di scambi di informazioni tra il Governo, le regioni e le province autonome
- Determinazione dei criteri per la ripartizione delle risorse finanziarie che la legge assegna alle regioni (fatte salve le norme contenute negli statuti speciali e nelle norme attuative). Su tali decisioni, il decreto specifica che, ferma la necessità dell'assenso del Governo, quando non è raggiunta l'unanimità, la decisione deve essere assunta dalla maggioranza dei presidenti delle regioni e delle province autonome di Trento e Bolzano (o da assessori da essi delegati)
- Coinvolgimento preventivo in ordine agli schemi di legge e di decreti o di norme regolamentari che il Governo intende emanare nelle materie di competenza regionale

Il decreto stabilisce inoltre che anche in caso di decisioni assunte dal Governo per motivi di urgenza la CONF S/R deve essere successivamente consultata e che i pareri devono essere considerati in sede di esame definitivo degli schemi di decreto legislativo o in sede di esame parlamentare dei DDL o delle leggi di conversione dei DL. Non solo, la norma assegna alla CONF.S/R la facoltà di chiedere al Governo di considerare il proprio parere anche su provvedimenti già adottati in via definitiva.

- La legge disciplina poi le intese (art. 3) e gli accordi (art 4), i rapporti tra le Regioni e l'UE (art.6), lo scambio di dati e informazioni (art.7).

Il ruolo della CONF S/R ha quindi indubbiamente assunto peso e significato crescente che impone di considerare l'attività svolta in tale organismo nella massima considerazione possibile, come peraltro dimostrano gli atti concreti assunti dalla conferenza e che saranno di seguito illustrati. In tal senso, va quindi letto il ruolo che a mio avviso le Associazioni dovrebbero assumere a livello regionale, per tentare di condizionare l'azione della propria regione non solo in quanto ente in possesso di autonomia legislativa, quanto anche come soggetto politico/istituzionale inserito in un contesto di confronto e decisione politica di indubbio rilievo.

1.2.2 Conferenza Stato-Città ed Autonomie Locali

- La Conferenza è stata istituita con DPCM 2.06.1996; un provvedimento nato all'interno del processo di rafforzamento delle autonomie locali avviato con la L.8.06.1990 n.142 e via via definitosi con i numerosi provvedimenti in materia di autonomia degli enti locali (T.U. dell'ordinamento degli enti locali – D.Lgs.267/2000; elezione diretta del Sindaco – L.25.03.1993 n.81, ecc.)
- La Conferenza è costituita da membri del Governo (Min.Economia e Finanze, Min.infrastrutture e trasporti, Min.della Salute), da esponenti dell'ANCI (14 Sindaci), dell'UPI (6 Presidenti di Province) e dell'UNCEM.

Le competenze della Conferenza possono essere così sintetizzate:

- Compiti di coordinamento nei rapporti tra lo Stato e le autonomie locali, oltre che di studio, informazione e confronto sulle problematiche connesse agli indirizzi di politica generale che possono incidere sulle funzioni proprie di comuni e province e su quelle delegate ai medesimi enti da leggi dello Stato (art. 1 comma 1)
- Sede di discussione ed esame dei problemi relativi al funzionamento degli enti locali (compresi gli aspetti finanziari, risorse umane e strumentali, iniziative legislative); dei problemi relativi al funzionamento dei servizi pubblici
- Favorire l'informazione e le iniziative per il miglioramento del livello di efficienza dei servizi pubblici locali

- Promozione di accordi o contratti di programmi

E' chiaro che le nuove disposizioni costituzionali modificano ulteriormente il ruolo delle autonomie locali ben diverso rispetto a quello vigente al momento dell'istituzione della conferenza. Senza aprire alcun approfondimento in materia, credo si possa affermare che l'art.114, parificando i Comuni, le Province, le Città Metropolitane, le Regioni e lo Stato a componenti della Repubblica, ordinati e rapportati tra loro non secondo una disposizione gerarchica, ma secondo un coordinamento funzionale.

Alla gerarchia si sostituisce un diverso principio ordinatore che ha nella competenza il suo criterio di fondo: ogni fonte ha una sfera sua propria di attribuzioni che, riguardo ad un certo ambito materiale, territoriale, di interessi o di valori, è esclusiva ed inderogabile. In tal senso la potestà normativa degli enti locali costituisce la fonte primaria dell'ordinamento per la parte che attiene alle comunità locali. (A.Piraino – Un. Palermo – tratto dal sito dell'Associazione dei Costituzionalisti - www.associazionedeicostituzionalisti.it)

1.2.3 Conferenza Unificata Stato-Regioni, Città e Autonomie Locali

Quando vi sono materie e i compiti di interesse comune delle regioni, delle province, dei comuni e delle comunità montane (art 8 – comma 1 D.Lgs.28.08.1997 n.281)

la Conferenza Stato/Città e Autonomie Locali è unificata con la CONF. S/R. Gli articoli 8, 9 e 10 del Decreto 281/97 trattano, rispettivamente, l'istituzione, le funzioni e la segreteria della ConfUnificata.

La Conf.Unificata è presieduta dal Presidente del Consiglio dei Ministri (o suoi delegati – Min.Affari regionali o Min.Interno).

In sintesi, le funzioni della Conferenza Unificata sono le seguenti:

- assunzione di deliberazioni, intese e accordi, formulazione di pareri, designazione di rappresentanti in relazione alle materie ed ai compiti di interesse comune (regioni, province, comuni e comunità montane)

- l'espressione di pareri, in particolare, viene dato sul disegno di legge finanziaria e sui disegni di legge collegati, sul DPEF e sugli schemi di decreto legislativo riferiti a materie di indubbia importanza (sistema di protezione civile, difesa del suolo, tutela dell'ambiente e della salute, ecc. – art. 1 comma 4 lett.c L.15.03.1997 N.59).

In conclusione, ritengo opportuno evidenziare un elemento che non attiene alla formazione in senso stretto; credo possa interessare sapere che il comportamento prevalente che il sistema delle conferenze dimostra è quello di orientare i giudizi e le prese di posizione (e quindi anche le richieste) puntando alla ricerca di punti in comune, al di là delle appartenenze politiche. In altre parole la necessità di assumere e mantenere un atteggiamento coeso nei confronti del Governo pare prevalere sulle differenze di opinione (come è giusto e inevitabile che sia) generate dall'appartenenza ai diversi schieramenti

1.2.4 Le intese raggiunte dalla conferenza S/R in materia di spesa sanitaria.

Come si è visto, il ruolo assegnato dalla legge al sistema delle conferenze è indubbiamente di primo piano, come dimostrano le scelte assunte dalla CONF S/R in materia di politica sanitaria, a partire da quelle riferite alla spesa.

Le intese che vale la pena richiamare, in quanto non solo più recenti e, almeno una – 8.08.2001 - tutt'ora operante (o meglio, al momento in cui questa FAD sarà trasmessa, l'intesa sarà scaduta da pochi giorni, in quanto ha proiettato la sua validità sino alla spesa sanitaria del 2004), ma soprattutto perché direttamente connesse al tema dei LEA.

1.2.4.1 Intesa CONF.S/R 3 agosto 2000

Con questa intesa il Governo riconosce il livello di pesante sottostima dei fabbisogni sanitari, aumentando di ben 6.860 miliardi di lire le risorse per l'anno 2000. Nella medesima intesa, viene ricalcolato il fabbisogno anche per l'anno 2001, e la L.Finanziaria per il 2001 (art.

85 L.388/2000) integra nuovamente le risorse per gli anni dal 2001 al 2004. Nelle intenzioni l'intesa sarebbe dovuta essere un punto di svolta, per essere invece, in realtà, revisionata dopo solo un anno.

1.2.4.2 Intesa CONF S/R 8 agosto 2001

E' in questa intesa, infatti, che vengono tracciate in modo più preciso le linee di indirizzo e di comportamento che lo Stato e le Regioni si impegnano a rispettare. Questi i punti salienti:

- revisione dell'intesa del 2000 e chiusura definitiva di qualsiasi controversia circa la congruità delle risorse finanziarie statali relative all'anno 2001. Le controversie furono risolte con l'aumento delle risorse statali per quell'anno, che **viene considerato come anno zero nel rapporto tra lo Stato e le Regioni**
- impegno del Governo ad incrementare le risorse per il SSN, e impegno delle Regioni a ripianare eventuali disavanzi emergenti successivamente all'intesa
- tendenza della spesa sanitaria nazionale ad attestarsi su una quota percentuale rispetto al PIL pari al 6%
- gli incrementi di risorse statali saranno concessi a condizione che le Regioni abbiano adottato una serie di comportamenti (monitoraggio della spesa, adesione al patto di stabilità interna, adesioni alle convenzioni per l'acquisto di beni e servizi – razionalizzazione della spesa)
- impegno da parte delle Regioni di misure finalizzate alla definizione di meccanismi di contenimento della spesa sanitaria, attribuzione alle Regioni della potestà autorizzativa in materia di sperimentazioni gestionali (art. 10 D.Lgs.229/99 – p.e. la Lombardia ha avviato la sperimentazione delle fondazioni ospedaliere con il concorso dei privati profit nella programmazione/gestione delle aziende ospedaliere), rispetto del parametro posti/letto/acuti nella misura 4 posti/letto/1.000 abitanti, definizione di misure atte al contenimento della spesa farmaceutica
- impegno di Governo e Regioni di istituire, dopo la definizione dei LEA, un tavolo di monitoraggio e verifica sui livelli effettivamente erogati e sulla corrispondenza tra i livelli di spesa stimati e previsti, al fine di identificare i parametri di tale andamento
- sempre in relazione ai LEA, le parti si impegnano a ripartire le ri-

sorse tenendo conto della necessità di addivenire ad un riequilibrio tra le Regioni (in un arco di tempo definito) che tenga conto della necessità di rimuovere le situazioni di svantaggio e di migliorare la qualità dei servizi (in sede di definizione delle risorse, per tali finalità sono stati stanziati e distribuiti circa 2.000 miliardi di lire – fonte dossier Conf.S/R gennaio 2004)

- in tale quadro di impegni le risorse stanziato per il periodo 2001-2004 viene ricalcolato (vedi tabella sotto riportata)

La tabella riepilogativa fornisce il riepilogo delle somme stanziato per il periodo 2000-2004, ma dà anche l'idea di come le stime e le previsioni sulla spesa sanitaria siano complesse, oltre che difficili. Una difficoltà che forse nasce anche da decenni di sviluppo delle politiche di salute frutto di processi di pianificazione deboli rispetto alla necessità di garantire, in modo uniforme il diritto alla salute.

Tabella di riepilogo delle intese raggiunte in sede di CONF S/R (valori in miliardi €)

INTESA	2001	2002	2003	2004
3.08.2000	67, 729	70,100	72, 518	74, 621
8.08.2001	71, 271	75, 596 *	78, 564	81, 275**

* Le verifiche a consuntivo svolte dalle regioni stabiliscono la cifra spesa per il SSN a quota 81, 500

** le richieste per il 2004 avanzate dalle regioni stabiliscono la cifra a quota 91, 000

Per il periodo 2005/2007, la L.311/2004 (L.Finanziaria 2005 – G.U. n.306 del 31.12.2004), ha stabilito i seguenti importi:

- anno 2005 88, 195
- anno 2006 89,960
- anno 2007 91,759

In aggiunta, sono da considerare 2.000 milioni di € destinati a ripianare i disavanzi regionali per gli anni 2001, 2002, 2003, a conferma che le intese in materia di spesa sanitaria costituiscono ancora un terreno di elevato confronto e scontro tra Regioni e Stato.

1.3 IL FEDERALISMO FISCALE

Stabilire le nuove competenze legislative significa anche creare le condizioni con le quali tali competenze possono essere concretamente agite. In altri termini, se lo Stato si fosse limitato a negoziare, in nome del federalismo, le nuove competenze statali e regionali, senza riformare il sistema attraverso il quale si raccolgono e si utilizzano le risorse pubbliche, tale azione sarebbe risultata incompleta, per non dire inutile.

La dimostrazione legislativa - almeno in termini formali, badando quindi alle date di emissione dei provvedimenti - che il tema del federalismo fiscale è di per sé stesso tema costitutivo del federalismo istituzionale, la troviamo nella legge delega che ha dettato norme e principi generali per attuare la riforma; la legge in questione è infatti la L. 13.05.1999 n.133 (G.U. 17.05.1999 n.113 – suppl.ord. 96/L) di oltre due anni precedente, quindi, alla L.Cost.3/2001.

L'art. 10 della L.133/1999 ha stabilito una serie di elementi che per l'avvio del processo di federalismo fiscale. I principali criteri possono essere così sintetizzati:

- abolizione dei vigenti trasferimenti erariali a favore delle regioni a statuto ordinario (**compresi quelli destinati al finanziamento del trasporto pubblico e della spesa sanitaria corrente**)
- sostituzione dei trasferimenti erariali mediante un aumento dell'aliquota di compartecipazione di una serie di entrate statali (addizionale regionale IRPEF, accisa sulla benzina, IVA)
- istituzione di un fondo perequativo nazionale finanziato attingendo alla compartecipazione all'IVA
- definizione di procedure di monitoraggio e di verifica dell'assistenza sanitaria erogata, in base ad appropriati parametri quantitativi e qualitativi; razionalizzazione della normativa e delle procedure vigenti in ordine ai fattori generatori della spesa sanitaria, con particolare riguardo alla spesa del personale
- previsione di una revisione organica del trattamento e del regime fiscale attualmente vigente per i contributi volontari e contrattuali di assistenza sanitaria versati a enti o casse, al fine di riconoscere un trattamento fiscale di prevalente agevolazione in favore dei fondi integrativi del SSN

Il provvedimento attuativo della legge delega lo si sarebbe dovuto approvare entro nove mesi dall'entrata in vigore della Legge: 18 febbraio 2000.

E in effetti, esattamente in quella data il Governo emana il D.Lgs 56: da quel momento (o meglio, dal 2001, anno di prima applicazione del Decreto), si è attivato il timer che porterà all'autonomia regionale in campo fiscale

Ma cosa dispone tale norma?

Per meglio comprendere la portata della riforma può essere opportuno ricordare brevemente il sistema precedente, a partire dal D.Lgs.502/1992, integrato poi dal D.Lgs.517/1993:

- la funzione di programmazione sanitaria viene svolta tramite la definizione del PSN, che determina (o avrebbe dovuto determinare) i livelli uniformi di assistenza tramite le quote capitarie di finanziamento (per approfondire gli aspetti legati alla definizione delle quote capitarie si rimanda all'art. 6 L. 14.11.1992 n.438)
- le fonti di finanziamento divengono sostanzialmente quattro: i contributi sanitari, il FSN, i ticket sui farmaci e sulle prestazioni specialistiche, le forme di autofinanziamento regionale
- per quanto riguarda invece i criteri di riparto delle risorse, ci si deve riferire alla Legge 23.12.1996 n.662 (G.U. 28.12.1996 n. 303 . S.O. n.233) che assegnò al CIPE, al fine di determinare la quota capitaria il compito di determinare i criteri di riparto delle risorse del SSN:

ai fini della determinazione della quota capitariail CIPE, d'intesa con la Conferenza S/R....stabilisce i pesi da attribuire ai seguenti elementi: popolazione residente, frequenza dei consumi sanitari per età e per sesso, tassi di mortalità della popolazione, indicatori relativi a particolari situazioni territoriali ritenuti utili al fine di definire i bisogni sanitari delle regioni ed indicatori epidemiologici territoriali. Il CIPEpuò vincolare quote del FSN alla realizzazione di specifici obiettivi del PSN, con priorità per i progetti sulla tutela della salute materno-infantile, della salute mentale, della salute degli anziani nonché per quelli finalizzati alla prevenzione, in particolare alla prevenzione delle malattie ereditarie (art. 1 comma 34 L.662/1996)

- l'assegnazione del FSN stabilita dall'art. 39 (commi da 1 a 3) del

D.Lgs.446/1997, avviene con delibera del CIPE dapprima in via provvisoria a titolo di acconto, ed entro febbraio dell'anno successivo in via definitiva

Fin qui, per sommi capi, il sistema precedente.

Occorre infine ricordare che in realtà il processo di decentramento delle risorse (intesa come grado di autonomia tributaria e finanziaria degli enti territoriali) è un processo relativamente giovane, ma sicuramente intenso (dal 1990 al 1999 l'incidenza delle entrate proprie sul complesso delle entrate correnti per le regioni a statuto ordinario, le Province e i Comuni, è passata, rispettivamente dai valori/90 pari a 3,3%, 14,5%, 34,9% a valori/99 pari a 44,4%, 56,4% e 60,4% - elaborazioni CENSIS su dati ISTAT).

La soppressione dei contributi assistenziali ad opera del D.Lgs.446/1997 (sostituiti con l'IRAP) e la successiva compartecipazione all'IRPEF sono atti precisi che testimoniano l'esistenza di una volontà di decentramento già operante prima della L.133/1999.

Prima dell'inizio del processo innescato con il D.Lgs.56/2000, la situazione del finanziamento del SSN era, indicativamente, la seguente (fonte: dossier CONF. S/R gennaio 2004 – dati riferiti al 2003)

Fonte di finanziamento	Peso di contribuzione %
Entrate proprie ASL (ticket)	2,7
Addizionali IRPEF regionali	3,6
IRAP	42,80
Risorse Pubbliche (compartecipazione IVA)	46,80
Finanziamenti specifici per Sicilia e Sardegna	4,10

Nota: le regioni F.V.Giulia, V.Aosta e le Province di Trento e Bolzano non partecipano al FSN e finanziano l'erogazione dei loro servizi sanitari con risorse proprie. Le regioni Sicilia e Sardegna partecipano parzialmente al FSN (rispettivamente con quote proprie desunte

dall'IRAP pari al 42,5% e al 29% - le somme restanti sono a carico dell'erario)

1.3.1 Il decreto legislativo 56/2000

Il decreto in breve

- la massa finanziaria di risorse trasferite nel tempo dallo Stato alle Regioni per il funzionamento del SSN è definita **spesa storica**
- il decreto 56/2000 prevede il graduale prosciugamento della spesa storica e il progressivo aumento delle quote di compartecipazione erariale, sino al completo distacco (salvo il fondo perequativo) che dovrà avvenire entro il 2014. Tale processo si è attivato a far corso dal 2001, anno in cui per l'ultima volta i trasferimenti erariali hanno coinciso con la spesa storica
- dal 2014 i nuovi criteri di finanziamento del SSN saranno la popolazione residente, la capacità fiscale, il fabbisogno sanitario e la dimensione geografica
- il fondo perequativo sarà costituito da compartecipazioni all'IVA che le regioni "ricche" devolveranno in favore delle regioni "povere, destinando tali fonti al ripiano parziale delle differenze
- dovrà essere definito un modello di indicatori per assicurare trasparenza, confrontabilità e verifica dell'assistenza erogata attraverso i LEA

Dall'approvazione del decreto ad oggi, come si è detto, il processo federale ha avviato la sua marcia, a partire dall'abolizione del FSN.

Il finanziamento delle funzioni non più coperte dai trasferimenti viene assicurato con l'aumento dell'addizionale IRPEF (0,4%), l'aumento della compartecipazione all'accisa sulla benzina (8 lire per litro), e la compartecipazione sull'IVA.

Entrare in maggiori dettagli riguardo ai meccanismi di funzionamento del decreto 56/2000 potrebbe rendere difficile la formazione, oltre che per l'autore, anche per i corsisti; non solo per le complessità e difficoltà intrinseche alla materia, ma, soprattutto, per la situazione di estrema incertezza sul futuro del Decreto, stanti le enormi diffidenze che, sin dai primi passi, tale provvedimento ha generato, soprattutto

riguardo agli effetti sulle situazioni regionali con minore sviluppo socio-economico (in sostanza le Regioni del Sud).

In tal senso, credo più interessante e utile fornire alcune informazioni di maggiore attualità, che possono essere così sintetizzate:

dal 2001 si sono succeduti studi di proiezione sugli effetti del D.Lgs.56/2000, ad opera di vari istituti di ricerca economica e sociale. Ne cito solo tre per completezza e approfondimento dei lavori di ricerca svolti:

- SVIMEZ – Associazione per lo sviluppo dell'industria e del mezzogiorno – primo rapporto sugli effetti del federalismo fiscale sul sistema delle autonomie locali – febbraio 2001 – www.svimez.it
- ISAE – Istituto di Studi e di Analisi Economica – rapporti annuali sull'attuazione del federalismo – anni 2002 e 2003 – www.isae.it
- cito tra i rapporti anche quello curato dal Prof. Bordignon (i nuovi rapporti finanziari fra Stato ed Autonomie Locali alla luce della Riforma del Titolo V della Costituzione – luglio 2004)

Con DPCM 9.04.2003 viene istituita l'**Alta Commissione di studio per la definizione dei meccanismi strutturali del federalismo fiscale**. E' una evidente conferma della portata del provvedimento introdotto con la L.133/1999, ma anche della complessità e delle difficoltà di cambiamento profondo del sistema, che presuppone anche, come tutti i cambiamenti profondi, anche un cambio di mentalità ed un aggiornamento della strumentazione tecnica, al fine di compilare analisi e proiezioni corrette. I compiti dell'Alta Commissione sono divenuti via via più importanti e stringenti, sino alla comunicazione effettuata dal Governo (dicembre 2004) che si impegna a revisionare il D.Lgs.56/2000, dando all'Alta Commissione il compito di elaborare una proposta in tal senso, entro i primi mesi del 2005.

Le preoccupazioni delle Regioni e degli analisti, infatti, sono legate alla reale situazione nella quale le Regioni del Sud si potrebbero trovare alla fine del 2013, così come forti sono le preoccupazioni del complesso delle Regioni di vedere il processo del federalismo fiscale troppo complesso, frammentario ed eccessivamente ricco di incognite (in tal senso si possono leggere le numerosissime prese di posizione dei Presidenti delle Regioni che premono affinché si faccia chiarezza sui temi del federalismo fiscale)

E la dimostrazione ulteriore che tale processo appare di dimensioni e portata decisamente straordinarie viene dalla constatazione dei provvedimenti sinora emessi in tal senso. Lo dimostrano, per esempio, **le ultime tre Leggi Finanziarie** che hanno re-introdotto criteri di controllo della spesa di carattere centralistico (i cosiddetti provvedimenti taglia-spesa) che impongono in misura blocchi precostituiti alla spesa, con notevoli dubbi circa la legittimità di tali scelte – come ha recentemente dimostrato la recente sentenza della Corte Costituzionale in materia di blocco del turn-over del personale degli enti locali.

Per quanto attiene alla spesa sanitaria, si deve registrare che sono soprattutto le Regioni del Centro-Sud ad avere avviato una decisa opposizione al Decreto 56/2000 alla luce non solo degli studi e delle previsioni (vedi paragrafo precedente), ma anche alla luce dei conti reali. Si calcola infatti che

- per l'anno 2003 il disavanzo risorse/fabbisogno comporta per molte Regioni del Sud ammonterebbe a circa 300 milioni di € (fonte: Sole 24 Ore Sanità – n. 46 – 30.11.2004/6.12.2004)

A conclusione di questo complesso paragrafo, ritengo utile riportare uno stralcio dall'articolo pubblicato dal Sole 24 Ore Sanità (vedi sopra) a firma di alcuni componenti dell'Alta Commissione:

dal complesso delle considerazioni è evidente che l'impianto del D.Lgs.56/2000 risulta viziato perché: non consente a tutte le Regioni di svolgere le proprie funzioni.....

non tiene conto dell'obiettivo di superare gli squilibri socio-economici

produce livelli difforni sul territorio ...

....Nei fatti, il D.Lgs. 56/2000 ha prodotto risultati non attesi, ma soprattutto non ha trovato un'adeguata soluzione alle problematiche connesse alla sottostima dei fabbisogni sanitari regionali, con la permanente necessità di ricorrere a forme di ripiano ex-post. Diviene importante, per evitare gli effetti sperequativi, la determinazione dei livelli essenziali.

In tal senso la Legge Finanziaria 2005 (art. 1 comma 169) pone un impegnativo compito al Governo e alla CONF S/R: definire gli standard quali/quantitativi dei LEA.