



CONFERENZA DEI PRESIDENTI DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME

**COSTRUIAMO INSIEME LE NOSTRE REGIONI**

*Documento base del Workshop:*

*"Le Regioni e le politiche per la qualità della vita"*

*Caprarola, 11 ottobre 1995*

## *LE REGIONI E LE POLITICHE PER LA QUALITA' DELLA VITA*

### *Premessa*

Promuovere la qualita' della vita significa offrire a tutti i cittadini pari opportunita' di soddisfare i propri bisogni e i propri desideri in un contesto di sicurezza fisica, economica ed ambientale.

In questa prospettiva il sistema dei servizi incide intensamente sulla qualita' della vita.

In particolare rivestono un ruolo strategico:

- i servizi alle imprese, finanziari e professionali, in quanto finalizzati alla propulsione del processo di produzione della ricchezza;
- i servizi alla persona o i servizi sociali in quanto rivolti a trasferire alle persone i benefici della ricchezza prodotta;
- i servizi di connessione, comunicazione, trasporti e protezione ambientale, rivolti a consentire gli scambi fisici ed immateriali tra i soggetti sociali.

In questo scenario le istituzioni devono preparare a monte i presupposti per lo sviluppo sociale ed economico e a valle definire le condizioni di equita' redistributiva e di accesso ai servizi di sicurezza sociale.

### *Salute, benessere sociale, sicurezza ambientale e sviluppo economico.*

La definizione estesa di salute (intesa come condizione di benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente assenza di malattia o di infermita') proposta dall'Organizzazione Mondiale della Sanita' (OMS), talvolta criticata per la sua idealita', si e' invece rivelata di grande valore pragmatico. L'aver riconosciuto che la salute non e' unicamente determinata da condizioni biologiche, ma anche da una molteplicita' di fattori quali il reddito, l'ambiente fisico e sociale e lo stile, di chi ha congiunto i concetti di qualita' di vita, sicurezza sociale e salute fino a identificarli come unico obiettivo interfunzionale ed aggregante su cui far convergere sforzi degli erogatori di servizi alla persona.

La Terza Assemblea Mondiale per la Sanita' nel lanciare una nuova sfida, "*la conquista entro l'anno 2000 di uno stato di salute che permetta ai cittadini di condurre una vita socialmente ed economicamente produttiva*" (risoluzione OMS 30.43), ha rovesciato la concezione tradizionale del rapporto tra economia e salute riconoscendo il miglioramento dello stato salute non come effetto marginale dello sviluppo economico ma come presupposto della produttivita' individuale e sociale.

## LE POLITICHE DI RIFORMA DELLA SANITA' E DELLA SICUREZZA SOCIALE

Dalla seconda meta' degli anni '80 numerosi Paesi dell'area OCSE hanno riformato o sono in procinto di riformare i loro sistemi sanitari, fra questi Olanda, Belgio, Francia, Germania, Irlanda, Spagna e Regno Unito. Ad essi si sono aggiunti nei primi anni '90 gli Stati Uniti con la proposta di riforma Clinton, e l'Italia con il D.lgs. 502/92 e 517/93.

E' assai significativo che la necessita' di un deciso intervento riorganizzativo sia sentita come irrinunciabile simultaneamente da Paesi che si sono dotati di sistemi sanitari classificabili secondo due diverse configurazioni.

Olanda, Germania e Stati Uniti sono serviti da sistemi sanitari fondati originariamente su una struttura decentralizzata di tipo mutualistico-assicurativo ad orientamento privato che affonda le sue radici nel sistema previdenziale istituito dal cancelliere Bismarck alla fine del secolo scorso.

Regno Unito e Italia si avvalgono di un sistema originariamente a struttura fortemente centralizzata ad orientamento pubblico il cui prototipo e' il modello di *welfare state* universalistico ideato nel 1943 da Lord Beveridge.

## *Le difficoltà comuni*

Cio' che induce sistemi così diversi a cambiare, deriva dal dover affrontare tematiche comuni, verosimilmente il dover affrontare problemi comuni:

- aumento delle aspettative dell'utenza soprattutto in termini di qualità del servizi;
- invecchiamento della popolazione e incremento relativo della patologia cronico-degenerativa con conseguente aumento del consumo di servizi;
- distorsioni dovute alla presenza deresponsabilizzante del "terzo pagante" sia esso Stato o soggetto mutualistico-assicurativo espresse dalla tendenza alla levitazione della spesa o alla discriminazione dell'utenza in base alla capacità di spesa;
- espansione immotivata dell'offerta dovuta alla induzione artificiosa nei confronti della domanda;
- remunerazione dell'attività a consuntivo storico indipendentemente dai costi realmente sostenuti e quindi dell'efficienza produttiva raggiunta;
- tendenza ad impiegare sempre e comunque ogni innovazione tecnologica disponibile anche quando non ne sia stata dimostrata l'efficacia, principale causa del "paradosso tecnologico" per cui l'introduzione in sanità di nuove tecnologie provoca aumento anziché diminuzione dei costi, in controtendenza rispetto al settore manifatturiero;
- limiti all'inasprimento dei carichi fiscali e all'incremento dei contributi assistenziali.

A ciò si aggiungono difficoltà specifiche di ciascuna delle due famiglie-tipo di sistemi:

- sistema privatistico: alto tasso di crescita della spesa e basso grado di estensione della copertura per effetto dell'azione dei mercati assicurativi, selezione della domanda in base al censo e alla gravità del rischio;
- sistema pubblico: incombente delegittimazione dell'intervento statale e della spesa sanitaria per scarsa efficienza sociale, bassa qualità,

impersonalità e scarsa umanizzazione, burocraticità nella gestione dei servizi sanitari ascritte alla coincidenza del ruolo di finanziamento derivato e di produzione nelle mani di un unico o dominante operatore pubblico.

### *La convergenza delle soluzioni prospettate*

Se i problemi, indipendentemente dalla configurazione istituzionale del sistema, sono comuni, non stupisce che le soluzioni prospettate possono essere convergenti.

L'idea guida condivisa, pur nelle inevitabili diversificazioni, e' l'introduzione di un regime di concorrenza tra fornitori per la conquista di una quota delle limitate risorse disponibili all'interno del sistema sanitario complessivo.

Cio', ovviamente, postula una reale liberta' di scelta fra diversi fornitori da parte dei fruitori. Si ritiene che l'approccio concorrenziale promuova un maggior interesse per la qualita' e la soddisfazione del fruitore, e per il contenimento dei costi in ottica non di decurtazione contabile ma di efficienza produttiva. Ovviamente la liberta' di scelta non significa per il singolo cittadino assistito "fare shopping" di servizi sanitari, in quanto il grado di liberta' e' condizionato negativamente dall'informazione normalmente scarsa di cui egli dispone. L'informazione per poter scegliere deve essere fornita da un consulente esperto, di qui il ruolo fondamentale del medico di medicina generale, che ogni riforma di sistema sanitario mira a ridefinire in tal senso.

Questo modello improntato alla simulazione realistica delle dinamiche concorrenziali di mercato e' comunemente conosciuto nelle sue varianti come competizione guidata (*managed competition*) o sistema dei mercati interni (*internal markets*).

## *La situazione italiana*

Il modello concorrenziale e' di particolare interesse attualmente in Italia, in quanto costituisce una delle principali innovazioni contenute nel D.lgs. di riordino del SSN in via di attuazione ed e' inoltre stato confermato dalla finanziaria '95 (L. 724/94).

### *I nodi critici*

L'Italia ha gia' sperimentato in questi ultimi 50 anni, entrambi i modelli tradizionali di *welfare state*.

- L'esperienza mutualistico-assicurativa si e' conclusa negativamente nel 1974 con il provvedimento speciale di ripiano dei debiti contratti dagli istituti mutualistici nei confronti degli ospedali autonomi, dimostrando gli esiti perversi del sistema a "terzo pagante".
- La riforma 833/78, a regime dal 1980, ispirata al NHS britannico nella sua versione originaria del 1947, ha introdotto un sistema universalistico di tutela globale della salute finanziato dalla fiscalita' generale basato su una rigida logica di pianificazione centralizzata a cascata Stato-Regioni-USL.

Ciononostante proprio la mancanza di pianificazione intesa come definizione di sistema di obiettivi (piano sanitario nazionale) e di regole di congruita' delle risorse da impiegarsi per raggiungerli (piano economico di interventi sanitari) ha innescato il circolo vizioso della sottostima del fabbisogno-disavanzo-ripiamo a pie' di lista fonte-deresponsabilizzazione dei gestori, causa di inefficienza e bassa qualita' del servizio.

La disgiunzione tra politica sanitaria e politica di bilancio e la dominanza di quest'ultima ha permesso un effettivo controllo centrale della spesa sanitaria attraverso provvedimenti collegati alla legge di bilancio dello Stato (contrazione delle quote di trasferimento alle Regioni; blocco del turnover; tickets; blocco degli investimenti; vincoli rigidi sugli acquisti), a prezzo pero' del trasferimento del corrispondente onere alle famiglie, senza un apprezzabile miglioramento qualitativo dei servizi. La quota di spesa pubblica del PIL nell'ultimo decennio si e' mantenuta ai livelli medio-bassi rispetto ai Paesi sviluppati (attorno al 6,5%) e nel 1993 per effetto della manovra finanziaria del settembre '92 la tendenza alla crescita si e' invertita. Se cio' e' un bene per i conti dello Stato, non

altrettanto può dirsi per il livello di apprezzamento dei cittadini per il SSN, sempre più identificato a ragione o a torto con la "malasanita'". Qualsiasi intervento modificativo del sistema sanitario dovrebbe invece mirare al contenimento dei costi in misura almeno pari all'incremento del benessere dei cittadini.

### *Il ruolo delle Regioni nel nuovo scenario del SSN*

Il D.lgs. 502/517 introduce le condizioni strutturali, definisce i soggetti e i meccanismi di governo del mercato interno sanitario. Il cambiamento e' a tutto campo e coinvolge il modello organizzativo, il modello di finanziamento ed il modello di erogazione. Ma sono soprattutto gli atteggiamenti e i ruoli a cambiare. Le Regioni sono totalmente responsabilizzate sulla programmazione e sulla razionalizzazione della spesa.

Le USL e i presidi ospedalieri di rilievo nazionale sono trasformati in azienda e a loro volta responsabilizzate su risultati sia operativi che di gestione.

Le Regioni dovranno perciò delegare ogni attività gestionale e focalizzarsi sulla programmazione e controllo e sui grandi progetti di livello regionale quale l'organizzazione dell'emergenza, degli osservatori epidemiologici e dei progetti che, per la loro valenza strategica e per l'entità degli investimenti richiesti, non possono essere né delegati né attuati dalle singole Aziende.

Le Regioni si dovranno configurare come holding che sostengono e coordinano il processo di cambiamento delle proprie Aziende definendone gli obiettivi strategici.

La transizione dovrà essere condotta:

| DA   | A  |
|--|--|
| garantismo   | competizione regolata                                      |
| gratuita' generalizzata delle prestazioni                              | compartecipazione al costo                                 |
| modello amministrativo (controllo su atti)                             | modello aziendale (verifica dei risultati)                 |
| applicazione di dettati normativi                                      | risposte risolutive a problemi reali                       |
| rischio giuridico (patrimoniale, amministrativo)                       | rischio aziendale (mancato raggiungimento degli obiettivi) |
| finanziamento dei mezzi di produzione e dei livelli storici di offerta | corresponsione legata a prestazione effettivamente resa    |

Le Regioni dovranno quindi:

- garantire un'assistenza sanitaria omogenea e di qualità su tutto il territorio, tenendo sotto controllo l'efficacia dell'attività delle Aziende dipendenti;

- coordinare e controllare l'efficienza operativa delle Aziende in termini di gestione economico finanziaria, di investimenti, di razionalizzazione delle dotazioni ospedaliere e di sviluppo dell'assistenza territoriale primaria;
- ottimizzare l'allocazione e l'erogazione delle risorse economiche alle Aziende;
- impostare una sistematica attività di verifica e di sviluppo della qualità del servizio.

### *Regioni e mercati interni*

La riforma del D.lgs. 502/92 prefigura i cosiddetti mercati interni.

- Il SSN viene disaggregato in sottosistemi regionali dei quali ciascuna Regione e' garante e regolatore.
- I soggetti che competono per la propria quota di mercato pubblico sono le aziende sanitarie, le aziende ospedaliere e una pluralita' di soggetti privati con i quali vengono istituiti rapporti contrattuali con remunerazione a prestazione resa e a tariffa predeterminata.
- Nell'ambito di ciascun sistema regionale, la Regione provvede alla ripartizione delle risorse e soprattutto al governo degli scambi mediante la determinazione delle tariffe.

Il Governo regionale riveste quindi il ruolo-chiave di regolatore nella gestione del quasi-mercato e di garante della qualita' nell'arena competitiva sanitaria.

## *Le Regioni e l'Europa*

Si e' piu' volte sottolineata la simultaneita' e la convergenza dei progetti e dei processi di riforma che investono i sistemi sanitari di molti Paesi europei.

Risulta allora evidente l'irripetibile opportunita' di avviare un processo di integrazione dei servizi sanitari europei parallelo al processo di integrazione economica.

Regole comuni e politiche condivise nel settore sanitario potrebbero sicuramente favorire sia i governi locali che gli operatori economici e i cittadini soggetti ad una sempre maggiore mobilita' soprattutto legata al lavoro.

Inoltre, considerata la complessita' delle trasformazioni in atto e la prevedibile durata decennale del processo, lo scambio di informazioni risulta essenziale per tesaurizzare e socializzare le conoscenze acquisite.

Il Trattato di Maastricht non definisce una politica sanitaria europea. Poiche' la sanita' e' il principale servizio erogato sotto la diretta responsabilita' strategica e gestionale dalle Regioni, queste possono farsi parte attiva e propositiva di una politica sanitaria sviluppata a partire dai bisogni dei cittadini, che chiedono di poter usufruire di quanto di meglio offerto dai servizi sanitari del nostro continente.

In particolare le aree di cooperazione tra le Regioni europee potrebbero essere:

- promozione della salute
- tutela del consumatore di servizi sanitari
- definizione di standard per la formazione del personale sanitario
- sviluppo di un set comune di indicatori di qualita'
- diffusione mediante reti telematiche di informazioni sulle tecniche piu' avanzate, piu' appropriate ed efficaci
- realizzazione di programmi di ricerca comuni tra ospedali e centri di cura di livello europeo.

### *I nuovi rapporti Stato-Regioni e la questione finanziaria*

Il processo di regionalizzazione ed aziendalizzazione avviato dal D.lgs. 502/92 reinterpreta e riconfigura il SSN come un sistema complesso che acquisisce risorse dall'esterno, le combina e le trasforma nel suo interno in prestazioni sanitarie e le distribuisce in forma di servizi ai cittadini e alle comunità'.

L'azione governativa, come già accennato, ha finora contrastato l'espansione della spesa sanitaria intervenendo esteriormente rispetto al processo produttivo ai suoi due estremi, in modo parziale ed episodico;

- sia sul versante dell'ingresso, ridimensionando il volume delle risorse assegnate mediante:
  - la riduzione quota capitaria assegnata alle Regioni
  - il blocco del turnover del personale
  - il vincolo sugli acquisti ed investimenti
- sia sul versante dell'uscita, mediante:
  - la restrizione delle prestazioni erogabili
  - il ricorso al razionamento (es.: "bollini")
  - i tickets come finanziamento aggiuntivo rispetto al prelievo fiscale.

Il nuovo assetto del SSN, delineato dal D.lgs. 502/92 e D.lgs. 517/93 non è più compatibile con i precedenti approcci estemporanei, frammentari e congiunturali.

Necessitano invece provvedimenti organici ispirati a principi di razionalità economica e di efficienza organizzativa capaci di intervenire coerentemente e simultaneamente sui nodi critici del sistema:

- sulla fase di acquisizione delle risorse, mediante forme di finanziamento adeguate alla quantità e alla qualità delle prestazioni che si intende garantire ai fruitori;
- nell'interno del sistema, mediante una ricomposizione dei processi produttivi che ne aumenti il rendimento, ne riduca i costi e accresca l'efficacia delle prestazioni;
- sui meccanismi di generazione del valore delle prestazioni inteso come efficacia tecnico-scientifica e qualità percepita;

- sul momento di cessione delle prestazioni, così da rendere consapevoli i fruitori sulla utilità dei servizi ed evitare qualsiasi forma di discriminazione dei cittadini.

Si tratta quindi di non limitarsi ad arginare dall'esterno la spesa sanitaria, ma dotare i decisori strumenti organici di governo efficaci per controllare i generatori di spesa improduttiva annidati all'interno del sistema.

Concentrare ogni sforzo esclusivamente sul pur necessario contenimento lasciando immutati i meccanismi che generano sprechi ed inefficienza, se da un lato può condurre a risparmi apprezzabili nel breve periodo, è tuttavia un comportamento non privo di rischi di deterioramento dell'intero sistema.

Infatti, un sistema rigido ad autonomia limitata, che contiene aree di inefficienza strutturali, se sottoposto a decurtazione di risorse, non è in grado di reagire autocorreggendosi. Può solo adattarsi passivamente alle restrizioni imposte attraverso lo scadimento quantitativo e qualitativo delle prestazioni erogate.

Nel caso specifico di un sistema sanitario sono possibili effetti perversi di razionamento e rischio per la salute.

In questo scenario il ruolo delle Regioni è particolarmente critico.

Il deficit della finanza pubblica determina continue restrizioni nei trasferimenti di risorse dallo Stato alle Regioni e agli altri Enti decentrati.

A fronte di cittadini che, spinti da nuovi bisogni richiedono servizi più numerosi e di maggiore qualità e del tutto indisponibili a tollerare incrementi fiscali e dei contributi assistenziali, le Regioni, responsabili in prima linea sia dell'erogazione del servizio che dell'equilibrio economico, si trovano in situazione problematica di decurtazione delle risorse.

È un problema risolvibile solo mediante un formidabile sforzo di riorganizzazione e di recupero di efficienza e di efficacia da parte delle Regioni che presuppone un radicale mutamento del rapporto tra Stato e Regioni.

Il modello di rapporti autoritativo dirigitico e accentrato deve essere sostituito da un modello reticolare di unità autonome, coordinate e

controllate sulla base del raggiungimento di obiettivi comuni e condivisi, concordati sulla base di risorse assegnate certe almeno quanto i criteri di verifica. Il nodo di coordinamento della rete dei servizi sanitari regionali (Ministero) e il nodo di coordinamento delle Aziende (Regione) svolge funzioni di agenzia strategica, si occupa soltanto di definire e verificare il raggiungimento del risultato finale del processo di tutela della salute, mentre ciò che avviene dentro il processo è regolato da autonome decisioni locali delle unità operative. Stato e Regioni devono occuparsi del cosa fare e non del come fare. È essenziale allora che i nodi di coordinamento regionali siano dotati sia della strumentazione necessaria e soprattutto delle basi informative per poter valutare il risultato per sua natura complessa e multidimensionale delle Aziende sanitarie, sia di strumenti per porre effettivamente in atto le azioni correttive che si rendano necessarie.

Il cardine su cui ruota l'intera riorganizzazione della sanità italiana è dato dalla ferma convinzione che i problemi e le debolezze dell'attuale sistema siano adeguatamente affrontabili e superabili attraverso la regionalizzazione e l'aziendalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale.

Per questo sono risultate assolutamente inevitabili precise scelte di carattere istituzionale con la trasformazione in aziende delle USL preposte alla gestione pubblica decentrata dell'offerta sanitaria, la loro piena autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica e, soprattutto, con la regionalizzazione della sanità, ossia mediante la completa responsabilizzazione delle Regioni in ordine al ripiano delle posizioni finanziarie negative delle singole aziende sanitarie.

A seguito di questo quadro normativo nazionale, le Regioni dal canto loro, hanno definitivamente e sostanzialmente avviato, ciascuna nel proprio territorio, il processo di riordino della sanità italiana e, per questo, ribadiscono l'assoluta necessità del loro pieno e preventivo coinvolgimento nell'ambito della definizione della manovra finanziaria 1996.

Peraltro, il processo di regionalizzazione della Sanità, deve necessariamente completarsi riconoscendo nei fatti alle singole Regioni la piena autonomia nella definizione degli indirizzi gestionali ed organizzativi del settore e, quindi, il superamento della posizione accentratrice che sinora è stata mantenuta dalle Autorità centrali, che si

puo' esemplificare nell'imposizione di impropri rigidi vincoli sia nella gestione del personale che nell'acquisizione di beni e servizi.

L'autonomia regionale va perseguita non solo sul versante della gestione del servizio sanitario, ma anche e con pari intensita' sul fronte della politica fiscale dando effettivo contenuto al principio del federalismo fiscale. Cio' nella convinzione che solo nella diretta connessione tra tributi versati e trasferimenti nazionali erogati, risiede il presupposto primo e legittimo per praticare l'effettiva corresponsabilizzazione finanziaria delle Regioni per la copertura degli oneri di gestione del servizio sanitario regionale. Si ribadisce, inoltre e con forza, che tale impostazione non significa assolutamente la compromissione del principio di solidarieta' interregionale a garanzia dell'erogazione dei livelli di assistenza uniformi fissati dal PSN in tutto il territorio nazionale, ma che esso verra' invece a costituirsi su nuove basi maggiormente trasparenti e responsabilizzanti.

Si rileva, inoltre, che non puo' essere sottovalutata la presenza del peso della passata gestione del servizio sanitario nazionale che richiede, invece, un indispensabile pacchetto di interventi tali da non pregiudicare l'avvio delle innovazioni di sistema e istituzionali in corso.

Nello specifico, si tratta di prevedere i seguenti interventi:

**1. - Azzeramento del pregresso.** Il fatto di aver posto la gestione delle liquidazioni delle posizioni debitorie pregresse a tutto il 31/12/1994 direttamente in capo alle Regioni, automaticamente le ha sottoposte al rischio di azioni di pignoramento dei propri bilanci, da parte dei creditori delle vecchie USL che, in conseguenza di tale scelta, sono autorizzati a rivalersi sulle Regioni medesime. Tale eventualita' dipende dalle seguenti indeterminazioni:

la situazione di disavanzo complessivo, ammonta, per il **triennio 1992/1994, a circa 16.700 miliardi**, a fronte del quale e' stato assicurato un intervento di copertura da parte delle Autorita' centrali limitato, pero', a soli 3.480 miliardi, demandando implicitamente alle finanze regionali il reperimento dei fondi per la copertura degli oltre 13.000 miliardi scoperti.

D'altro canto, la volonta' delle Regioni non e' di totale deresponsabilizzazione in ordine a tale situazione deficitaria, viceversa,

ma compatibilmente con la finanza regionale, l'intento e' di farsi carico di una quota parte del deficit accertato individuata in circa 1.300 miliardi (10% circa del valore dei residui passivi non ripianati nel triennio 1992/1994).

Per quanto riguarda l'esercizio 1995: il vincolo posto sull'acquisto dei beni e servizi, riferito alla spesa del 1993 diminuita del 18%, si tradurrebbe in una contrazione di circa 5.000 miliardi, corrispondenti ad una spesa per beni e servizi per il 1993 pari a circa 18.000 miliardi rivalutata quantomeno in relazione al tasso di inflazione programmato per il biennio 1994/1995.

Si tratta di risparmi assolutamente impraticabili, con pesanti e negative implicazioni sulla regolarita' del processo produttivo ed erogativo delle prestazioni ai cittadini particolarmente nelle Regioni con forte presenza di strutture pubbliche direttamente gestite, tenuto conto sia della tipologia di gran parte delle spese soggette a contrazione sia dell'effettivo andamento dell'inflazione registrato nel biennio 1994/1995. Peraltro, proprio in relazione a questa artificiosita' del vincolo, la norma configura il tentativo di decentrare l'onere della copertura di quote sempre piu' significative del fabbisogno finanziario per la sanita' senza una corrispondente decentralizzazione della leva tributaria, che in questo caso si attuerebbe mediante il trasferimento, per legge, della responsabilita' del finanziamento dell'intero ed inevitabile supero del vincolo posto sulla spesa per beni e servizi, in conflitto con la recente sentenza della Corte Costituzionale. Positivamente va invece valutato l'inserimento, nella reiterazione di un recente decreto legge, della norma che consente il superamento del vincolo in questione (che obbligava le Regioni a farsi carico comunque dell'eventuale sfondamento), consentendo di far fronte alle effettive necessita' mediante l'utilizzazione delle risorse eventualmente acquisibili da politiche di risparmio percorribili in altri settori. Cio' in coerenza con l'impostazione aziendalistica e il principio della piena autonomia gestionale libera, quindi, da vincoli imposti dall'esterno e maggiormente attenta all'esplicarsi della piena potenzialita' di controllo della spesa sanitaria da parte delle Regioni.

Negativamente va, invece, considerato il reiterato principio che ogni maggiore fabbisogno rispetto alle quote assegnate sul FSN sia posto

a carico dei bilanci regionali, per cui si ripropone con fermezza la verifica di congruità delle assegnazioni.

Al riguardo, si segnala che per il 1995 gli stanziamenti previsti risentono di una inadeguata quantificazione del fabbisogno finanziario per l'assistenza farmaceutica, che la finanziaria 1995 stabilisce in lire 9.000 miliardi, mentre l'andamento di tale voce di spesa si proietta sui 10.000 miliardi, con un contributo al disavanzo globale di 1.000 miliardi.

Se a ciò si aggiunge il fatto che per una parte della spesa per beni e servizi, come già rappresentato, non è ipotizzabile alcun risparmio e il fatto che i risultati delle politiche per il recupero dell'efficienza gestionale, sebbene positivi, non sono tali da raggiungere i livelli programmati, diventa indispensabile una immediata, nonché adeguata, integrazione del FSN, stimabile in almeno 4.000 miliardi per una ridelimitazione dei livelli di spesa onde evitare la riproposizione dei medesimi circoli viziosi di sottoquantificazione del fabbisogno, elevati disavanzi e conseguenti conflittualità per il loro ripiano sperimentati nel passato.

**2. - Partecipazione alla spesa.** I decreti legislativi n. 502/92 e n. 517/93 non hanno affrontato tali problematiche che, per la complessità e per le ricadute sull'intero Paese, richiedono un riordino generale adeguatamente valutato e ponderato.

Si ritiene di evidenziare, per quanto riguarda il regime di partecipazione alla spesa, alcune esigenze:

- evitare che per effetto di diverse forme di partecipazione alla spesa e per effetto della partecipazione solo ad alcune delle prestazioni sanitarie, si verificino slittamenti da una forma all'altra di cura, al solo fine di eludere i tickets;
- assicurare che le esenzioni siano garantite solamente a chi effettivamente ne ha diritto.

I livelli raggiunti dai tickets su medicinali, visite specialistiche ed esami sono da considerarsi sufficienti, ossia ad evitare sprechi. Si tratta pertanto di meglio definire la loro razionalizzazione ad evitare disomogeneità e disequilibri con le altre forme di cura (ad esempio le prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero; le prestazioni effettuate in day hospital diagnostico; le prestazioni alberghiere nelle

strutture di degenza non ospedaliera: comunita' terapeutiche, comunita' residenziali di riabilitazione, di psichiatria, ecc.).

Il controllo degli assistiti esentati dal pagamento del ticket, richiede l'indispensabile attivazione di sistemi certi di esenzione e di strumenti di verifica, con l'attribuzione di precise e dirette responsabilita' ai Comuni per le esenzioni a fini sociali.

**3. - Finanziamento 1996.** Va inoltre perseguito l'obiettivo di dare tempestiva certezza, gia' fin d'ora, delle risorse per il 1996 per consentire una pianificazione finanziaria in linea con le esigenze aziendali sulla scorta del fabbisogno finanziario 1995, riaggiornato ripristinando le corrette dotazioni per i beni e servizi ed adeguato con il tasso di inflazione programmata.

Inoltre si rende necessario rivedere i criteri di riparto, individuando modalita' che tengano conto del diverso valore della domanda espressa, nelle singole realta' locali, considerando i fattori che tendono ad aumentare o diversificare il ricorso ai servizi sanitari, fra cui anche l'eta' degli assistiti, nonche' della necessita' che il riparto consideri anche la effettiva produzione delle prestazioni sanitarie, da assoggettare a verifica quali-quantitativa.

**4. - Investimenti.** Non puo' essere trascurato questo aspetto, sia per mantenere in efficienza l'attuale patrimonio tecnologico e sia a sostegno degli indispensabili processi di riorganizzazione e redistribuzione perequativa territoriale delle strutture sanitarie.

In prospettiva si ritiene che la piena attuazione del principio di aziendalizzazione dovrebbe vedere la riconduzione ad unitarieta' dei finanziamenti a fronte delle prestazioni rese e quindi ricomprendere nei corrispettivi anche la quota destinata agli investimenti, mentre dovrebbe essere mantenuto separato un fondo nazionale perequativo per i piu' importanti ed elevati investimenti connessi all'attivazione di nuove strutture.

Nell'immediato, peraltro, si richiede che il fondo sanitario nazionale in conto capitale sia ricondotto a valori maggiormente coerenti e compatibili con le esigenze di mantenimento in efficienza delle dotazioni strutturali e tecnologiche, contrastando le recenti politiche congiunturali di sottoquantificazione nonche' proceduto al finanziamento dell'ulteriore fase

di realizzazione del programma pluriennale ex art. 20 della legge 67/88, stanziando le risorse già previste per il secondo triennio, e all'accelerazione del programma di investimenti per la lotta all'AIDS, ex legge 135/90, mediante adeguate iniziative per il superamento delle attuali vischiosità burocratiche.

**5. Programmazione.** Per quanto riguarda gli assetti di programmazione, vi è la necessità di attuare pienamente il disegno delineato dal D.lgs 502/517, da un lato riconoscendo alle Regioni la piena autonomia nella definizione degli indirizzi gestionali ed organizzativi del settore, e dall'altro completando il quadro normativo previsto.

A tal riguardo va dato impulso, fra l'altro, al rinnovo delle convenzioni per la medicina generale, l'assistenza farmaceutica, al contratto con la dirigenza per i dipendenti del Servizio sanitario regionale e alla definizione delle incompatibilità nonché alla attivazione dei sistemi di accreditamento delle strutture pubbliche e private.

Per quanto attiene più propriamente a normative da prevedere nella legge finanziaria 1996 si ribadisce che, posti e rispettati i vincoli finanziari e di equilibrio del bilancio, non sono accettabili altri vincoli. In particolare con riferimento alla programmazione della rete ospedaliera, fermo restando l'obbligo della sua riorganizzazione entro i termini previsti dal Piano Sanitario Nazionale, le Regioni che raggiungono i parametri di funzionalità stabiliti dalla legge n. 412/91 e successive modificazioni, dovrebbero poter derogare al rispetto del vincolo, rigido e statico, posto dall'art. 3 della L. 729/92 (i 120 posti letto).

Inoltre, sempre nell'ottica, di rimuovere i vincoli che sono di intralcio alla piena responsabilizzazione di Regioni e Aziende sanitarie, per quanto riguarda la mobilità del personale, andrebbero eliminati due principi: quello attinente all'obbligatorietà della collocazione in ambito regionale del personale risultante in soprannumero, in specie quello dirigenziale, e andrebbe inoltre eliminata l'obbligatorietà di esperire le procedure di mobilità prima di procedere all'assunzione tramite concorso con incarico quinquennale.

## **CONSIDERAZIONI SULLA PROPOSTA DI LEGGE DI ACCOMPAGNAMENTO AL BILANCIO DELLO STATO PER IL 1996**

Il disegno di legge della finanziaria 1996 attualmente in discussione al Parlamento contiene alcuni apprezzabili indicatori positivi di apertura verso il decentramento gestionale della sanità. Tuttavia l'atteggiamento dirigista e centralista traspare tuttora e la disponibilità collaborativa delle Regioni non è stata ancora pienamente colta.

Se infatti si notano aperture sul piano normativo ed organizzativo, la rigidità centralistica permane nell'ambito della politica finanziaria.

Ciononostante le Regioni riaffermano che il decollo del nuovo assetto aziendale del SSN sarà possibile solo quando sarà stato eliminato l'ostacolo del disavanzo pregresso. A fronte di un concreto impegno del Governo le Regioni confermano la propria disponibilità a verificare puntualmente la congruità delle quote del FSN assegnate sulla base di una trasparente ed accurata analisi dei documenti contabili e ad accettare la responsabilità dell'equilibrio di bilancio con una gradualità pari alla eliminazione dei vincoli sull'impiego delle risorse in linea con il principio del parallelismo tra responsabilità di disciplina e controllo e responsabilità di controllo affermato dalla sentenza n. 335/93 della Corte Costituzionale e in prospettiva rispetto alla realizzazione del federalismo fiscale.

Le Regioni sono particolarmente interessate ad una proposta di più affinati criteri di riparto del FSN, maggiormente adeguati alle caratteristiche sociodemografiche ed epidemiologiche delle popolazioni da assistere.

---

## **REGIONI E POLITICHE SOCIO-ASSISTENZIALI: ORIENTAMENTI E PROPOSTE**

1. La crescita del disagio sociale - caratterizzato da piu' complesse forme di poverta', di esclusione sociale e da un'esposizione a rischio di intere fasce di popolazione non tradizionali e contestuale alla crescita di ricchezza - segnala la profonda inadeguatezza delle politiche di protezione sociale vigenti e sollecita la responsabilita' pubblica ad una rifondazione delle medesime, nel segno della qualita', a partire dai concreti processi di trasformazione che interessano, pur in modo differenziato, le diverse aree del Paese.

In questa divaricazione fra crescita e sviluppo umano si individua la matrice della patologia sociale moderna, responsabile della perdita di salute dei singoli e della comunita', e si indica come terreno sul quale sviluppare una politica di assistenza come insieme di azioni pubbliche, integrate e coordinate, orientate alla crescita umana e sociale quale finalita' centrale delle politiche sociali.

Lo sviluppo umano e' qualcosa di piu' della espansione del reddito; esso si collega alla promozione di opportunita' di vita in termini di salute, di diritti, di istruzione e di lavoro; dunque i processi di crescita della persona come di una comunita' hanno come motore l'integrazione fra questi fattori e la partecipazione, come riconoscimento di poteri, dei diretti interessati.

Da cio' discende la necessita' di un approccio globale dove le politiche socio-assistenziali siano informate all'obiettivo della promozione e della prevenzione e coniugate non solo con le politiche sanitarie e previdenziali, ma anche con le politiche di sviluppo per ricostruire un tessuto solidaristico fra aree geografiche e aree sociali di nuova emergenza.

2. L'assistenza sociale e' invece affidata alle varie leggi di bilancio (legge finanziaria) e regolata da una miriade di norme settoriali. Essa e' caratterizzata da una spesa assistenziale che si traduce, per gran parte, in trasferimenti monetari gestiti centralmente secondo criteri rigidi e standardizzati; solo poco piu' del 7% (dati IRS) finanzia servizi sociali prodotti soprattutto dai Comuni.

Tale impostazione conferma l'orientamento assistenzialistico ed emergenziale degli interventi ex-post diretti al tamponamento del danno sociale, tra l'altro fonte di sprechi sia sul versante economico che su quello umano, piuttosto che alla lotta di quei fattori che conducono a situazioni di emarginazione, di povertà e di disabilità mediante l'individuazione delle risorse soggettive e comunitarie per una valorizzazione finalizzata all'autonomia personale e sociale.

In tal senso il richiamo è alla necessità di superare scelte settoriali, per categorie di utenti, ed estemporanee.

La legislazione sui trasferimenti monetari e quella sui servizi, certamente più modesta, seguono a tutt'oggi impostazioni separate; occorre invece integrarle in una logica preventiva e progettuale per migliorarne l'efficacia e qualificare la spesa pubblica. Risorse monetarie e risorse di servizio devono essere combinate su progetti personalizzati che si propongono il recupero dell'autonomia e l'inserimento sociale della persona.

3. Più in generale si pone l'esigenza di riconvertire l'intervento a carattere assistenziale in intervento di sostegno diretto al singolo e alla famiglia, nei passaggi più difficili della vita, mediante un sostanziale mutamento d'approccio: mettere al centro dell'universo politico il soggetto e il suo sistema di relazioni, familiari e comunitarie, e sostenere i progetti di vita della persona e della famiglia offrendo opportunità e ampliando le possibilità di scelta con garanzie. Si tratta di passare da un sistema di tutela a un sistema di opportunità che contempla il riconoscimento di diritti diretti.

In questo orizzonte va iscritta una politica per la famiglia che, a partire dalla pluralità dei modelli di relazione esistenti, dia riconoscimento sociale a chi assolve compiti che hanno rilevanza sociale come l'educazione e la cura dei figli, la cura di chi non è autonomo;

- rivisiti l'Istituto degli assegni familiari, la cui natura è andata trasformandosi da intervento universale ad un intervento assistenziale, a sussidio per la madre anziana in relazione al riconoscimento dei contributi figurativi per la maternità, nella direzione di un sostegno alla donna in coincidenza della gravidanza, del parto, della cura del neonato;

- rafforzi nella qualità il sistema dei servizi trasformandone la struttura da settoriale a comunitaria e globale: servizi per la famiglia; servizi per la salute.

4. Sotto il profilo degli assetti istituzionali, in coerenza alla distinzione di ruolo fra istituzioni rappresentative e istituzioni gestionali sancita dalle normative nazionali di riordino delle Autonomie Locali e del sistema sanitario, e' necessario uno sforzo di razionalizzazione a partire dal livello centrale onde poter contare su un unico referente.

La funzione regolativa e di garanzia delle Istituzioni pubbliche deve trovare esplicazione operativa mediante:

- la centralita' del Comune nella organizzazione e gestione delle politiche sociali sul territorio, riconoscendogli autonomia progettuale e garantendo con scelte di ordine generale strumenti e risorse per un reale esercizio delle funzioni;
- la necessita' di un soggetto di coordinamento, con potere di programmazione, nel rapporto Stato-Regioni e Regioni-EE.LL. dove il livello regionale, oltre alla funzione di programmazione e di controllo, svolga una funzione di assistenza nei confronti degli Enti Locali;
- forme di transazione fra le Aziende Sanitarie e gli Enti Locali ai fini dell'integrazione socio-sanitaria onde contrastare anche la tendenza alla medicalizzazione dei bisogni;
- la costruzione di un riferimento nazionale al sistema delle Autonomie Locali, quali soggetti privilegiati per attivare progetti sociali mirati, in ordine ai livelli di protezione sociale e alle risorse finanziarie (entrate, finalizzazione, uso), mediante l'adozione di un documento di Piano e relativo Fondo sociale;
- la costituzione di fondi sociali regionali nell'ambito di una corretta linea di federalismo che consenta di corrispondere alle diverse esigenze delle comunita', dove andamenti generali si incrociano con tendenze particolari, configurandone differenti profili sociali e prioritari di bisogno.



## REGIONI E POLITICHE AMBIENTALI

### *Premessa*

Il campo ambientale, e' il settore che condiziona in modo piu' evidente la qualita' della vita e la stessa salute dell'uomo; contemporaneamente e' quello che si intreccia piu' strettamente alle attivita' umane e conseguentemente alle questioni economiche, occupazionali e pianificatorie in senso lato.

Le problematiche, alcune drammatiche, esplose negli ultimi decenni, hanno provocato una continua, affannosa legislazione, spesso dettata dall'emergenza, sempre orientata a risolvere specifici problemi, con il risultato di un affastellarsi di norme spesso contraddittorie tra loro, uno spreco di risorse umane e finanziarie, e insieme una scarsa capacita' di soluzione radicale dei problemi.

La situazione e' ulteriormente aggravata da due fenomeni contrapposti: a un'eccessiva demonizzazione di alcuni interventi sul territorio, con conseguente allarme delle popolazioni, fa infatti, spesso, riscontro una sottovalutazione degli effetti dei comportamenti collettivi e singoli.

Le leggi settoriali sulle singole risorse, sulla prevenzione e sulla sicurezza, rischiano, di collidere fra loro poiche' le soluzioni tecnologiche conseguenti ipotizzate per rispondere ad una sola specifica finalita', possono essere in contrasto con il raggiungimento di altre.

Nella stessa Comunita' europea e' finalmente maturata l'esigenza di un approccio unico globale ai problemi dell'ambiente, e delle sue risorse da tutelare, includendo tra queste, oltre alle tradizionali acqua, aria e suolo, anche l'energia.

Approccio globale ai problemi che significa anche una sola autorita' che li governa, ai diversi livelli, un solo momento per affrontarli con indubbio vantaggio per le aziende, le collettivita', i cittadini.

**COMPITI DELLO STATO, DELLE REGIONI E DEGLI ENTI  
LOCALI**

E' indispensabile che lo Stato adotti finalmente una strategia unitaria sugli obiettivi, da concordarsi con le Regioni che, per il loro ruolo e la conoscenza della variegata realta' italiana, sono nella situazione ottimale per valutarne la percorribilita'.

Strumenti di tale strategia sono:

- una revisione del corpus iuris attuata in un quadro d'insieme;
- un investimento nella ricerca ambientale ed energetica;
- una politica delle tariffe e delle tasse ambientali che combinata con facilitazioni fiscali, scoraggi gli interventi e le produzioni piu' impattanti sull'ambiente, favorendo quelli piu' compatibili.

Affinche' questa politica non determini tuttavia una serie di iniziative centrifughe, con effetti in molti casi elidenti, occorre garantire un ambito unitario di riferimento, in cui sviluppare le azioni conseguenti.

Questo ambito deve tener conto delle condizioni del territorio in cui possono essere sviluppate le azioni incentivate e tale quadro di riferimento non puo' che essere garantito dalla Regione, per il diverso intreccio delle sue specificita'.

Solo il livello istituzionale della Regione puo' garantire, infatti, il presupposto reale per l'ordinato svolgersi delle iniziative, assicurando, nel contempo, una politica complessiva di risanamento, di miglioramento della qualita' della vita, d'interventi positivi e di supporto alle iniziative ecologicamente compatibili.

Occorre pertanto che le Regioni siano messe in condizione di governare i processi, non attraverso i divieti o le pastoie burocratiche, ma attraverso una azione coordinata che garantisca il raggiungimento degli obiettivi posti dalle normative comunitarie e di quella nazionale.

La previsione normativa di pianificazione regionale per settori rischia di essere controproducente. Occorre invece che le Regioni siano

messe in grado di adottare un piano regionale per l'ambiente complessivo, capace di utilizzare tutte le risorse disponibili, di integrarle con quelle dei privati per costruire uno scenario in positivo, dotato di sufficiente flessibilità per cogliere opportunità diverse, al momento che le stesse si verificano.

Il livello istituzionale degli Enti locali (Province, Comuni, Comunità Montane) dovrà invece garantire la verifica concreta dei presupposti con il rilascio delle autorizzazioni, visti, nulla osta o concessioni, là dove sono necessari, o verifica delle autocertificazioni, secondo la più semplificata linea comunitaria, attraverso una unificazione delle autorizzazioni e delle verifiche in un solo momento da parte della stessa autorità.

Questa unificazione in capo ad un unico soggetto con un approccio globale ai problemi della tutela ambientale e della prevenzione è reso oggi possibile dalla costituzione dell'ARPA - Agenzia regionale per l'ambiente - espressamente prevista dalla L. 61/94 come supporto operativo dei soggetti istituzionali preposti a livello regionale provinciale e comunale.

Infatti la costituzione dell'ARPA, pur prendendo le mosse dall'esito referendario del 18 aprile 1993, va ben al di là del problema della sottrazione dei controlli ambientali alle USL e risponde appieno all'esigenza di una profonda razionalizzazione delle attività tecniche di cui gli enti territoriali necessitano per svolgere efficacemente il ruolo che loro compete in materia, una volta ricomposto il quadro organico delle funzioni amministrative, secondo le linee della L. 142/90.

### *Le ricadute sulla finanziaria 1996*

Per realizzare questa ormai imprescindibile inversione di tendenza, occorre che fin dalla legge finanziaria 1996 vengano previsti alcuni riferimenti essenziali.

Va anzitutto premesso:

- che risultano ad oggi esauriti i fondi sul Triennale 1994-1996;

- che nell'arco di sette anni, a fronte di ben 24 aree sul territorio nazionale riconosciute dallo stesso stato di emergenza nazionale, sono stati ripartiti complessivamente solo circa 1.096 miliardi, cifra modesta se si considera il numero delle aree e gli enormi problemi ambientali, infrastrutturali, tecnologici da risolvere;

- che la situazione e' aggravata dalla circostanza che sono esauriti i fondi della L. 283/89 e che non ci sono piu' fondi previsti ne' per lo smaltimento rifiuti ne' per le bonifiche.

Occorre quindi che nella finanziaria '96 vengano previsti fondi e modalita' di finanziamento quanto meno dei piani regionali previsti dal p. 5.6 della delibera CIPE che approvava il P.T.T.A. '94-'96 e dei relativi interventi prioritari.

La felice intuizione della deliberazione CIPE di prevedere finalmente un piano organico regionale complessivo presuppone che siano previsti fondi adeguati e l'utilizzo nella stessa Regione, ove hanno sede i soggetti contribuenti, delle tasse e tariffe in campo ambientale del relativo gettito, superando il finanziamento per singoli progetti e gli ostacoli alla messa a disposizione dei fondi.

L'attuale meccanismo, infatti, del Programma Triennale '94-'96 che prevede il controllo sui fondi erogati progetto per progetto, appare quanto mai anacronistico, defatigante e burocratico oltre che umiliante per le singole Regioni.

E' un meccanismo oltretutto estremamente costoso sia per le singole Direzioni generali, sia per la Ragioneria dello Stato, sia per i diversi uffici regionali, aggravato dalla circostanza che sono previsti finanziamenti in varie fasi (progettazione, stati di avanzamento, collaudo).

Inoltre, il finanziamento per progetti induce lo stesso Ministero dell'Ambiente, prima, e le Regioni, poi, a valutare le prioritari per singoli settori, con il risultato di perdere di vista la strategia complessiva, il concatenamento delle azioni e degli effetti delle stesse.

La disponibilita' globale di fondi in un quadro organico indurrebbe, invece, ad una forte inversione di tendenza, con assunzione diretta delle responsabilita' da parte delle Regioni nelle scelte e nelle prioritaa'.

Analogo discorso deve essere fatto nell'ambito dei finanziamenti della L. 10/91 sull'uso razionale dell'energia, del risparmio energetico e sulle fonti rinnovabili, i cui finanziamenti residui (L. 466 mld per gli anni '91-'93 non ancora erogati), non dovrebbero essere mirati esclusivamente alla concessione di contributi, ma assegnati globalmente alle Regioni per una politica energetica che persegua gli obiettivi della citata L. 10, attraverso gli strumenti piu' idonei, individuati dalle Regioni, in base alle loro caratteristiche territoriali, industriali, urbanistiche e di problemi da risolvere.

Vanno, infatti, adottati strumenti piu' moderni, raccomandati dalla stessa Unione Europea che sta stigmatizzando alcuni vistosi ritardi del nostro Paese proprio in questo campo. Vanno incentivati accanto ai contributi tradizionali (purche' opportunamente mirati), il finanziamento tramite terzi, utilizzando anche i fondi privati, i fondi di rotazione, i crediti agevolati.

La tematica energetica appare, infatti, di grande rilievo nell'ambito della politica complessiva di tutela dell'ambiente e la messa a disposizione delle risorse della L. 10/91 puo' determinare una decisiva azione regionale per risolvere problemi non solo a favore dell'ambiente, ma di soluzioni innovative e di ammodernamento dei sistemi per la produzione di energia pulita.

Va al riguardo ulteriormente precisato che l'evoluzione del mercato, avviata dal D.P.R. 412/83, che purtroppo non tende a favorire completamente le nuove tecnologie, potrebbe essere aiutata da una riduzione delle aliquote IVA, per queste ultime (caldaie in cascata a condensa termostatiche, ecc.). La riduzione dell'IVA incrementando ulteriormente e correttamente il mercato e demotivando in parte il "lavoro nero" potrebbe fornire risultati positivi a fronte di una limitata riduzione delle entrate statali.

Accanto a questo discorso organico non deve comunque essere persa di vista la circostanza che i fondi per interventi già approvati e revocati, secondo la deliberazione CIPE di approvazione del P.T.T.A. '94-'96, al fine di finanziare nuovi interventi prioritari, che sono tecnicamente ritrasferiti nel bilancio dello Stato e sono stati previsti come residui, sono fondi propri delle Regioni, come tali non riducibili.

Sarebbe, infatti, paradossale che, dopo l'assunzione delle pesanti responsabilità da parte delle Regioni di distogliere fondi da iniziative pur importanti e significative per dirottarle ad altre ancora più prioritarie, i fondi medesimi venissero tagliati.

Analogo discorso riguarda i fondi già assegnati alle Regioni per l'erogazione dei contributi della L. 10/91: le economie realizzate nell'istruttoria dei contributi debbono poter essere utilizzate, quanto meno, per altri interventi che non hanno trovato capienza nella complessiva graduatoria.

Sarebbe anche in questo caso paradossale che le Regioni, che hanno esercitato un più puntuale controllo e un'attenta verifica del risparmio conseguito, siano penalizzate e non possano erogare quei fondi ritenuti utili in base alle finalità della L. 10/91.

Occorre, inoltre, definire in modo certo le modalità e i criteri di finanziamento delle Agenzie regionali per la prevenzione e l'ambiente per consentirne il decollo e rendere disponibili le risorse assegnate alle Regioni.

Una corretta imputazione di tali risorse permetterebbe una certezza di riferimento per uno strumento, quale l'Agenzia, che non solo risponde alla precisa volontà espressa dal referendum, ma contribuisce in maniera decisiva alla razionalizzazione, all'ammodernamento e al rafforzamento della tutela del "sistema ambiente" nel suo complesso.