8 Investimenti strutturali e tecnologici

8.1 Introduzione

Gli investimenti strutturali per la riqualificazione dell'offerta sanitaria

Le politiche pubbliche di investimento strutturale del Servizio Sanitario Nazionale, finanziate con il programma straordinario di interventi in edilizia e tecnologie sanitarie introdotto dall'art. 20 della legge n.67/88, evidenziano forti implicazioni rispetto all'evoluzione del concetto stesso di salute e del complesso delle politiche dirette e indirette di programmazione sanitaria. Le politiche di investimento possono infatti essere individuate tra le politiche "indirette" di risposta ai bisogni di salute della popolazione, considerata la loro incidenza sulle politiche di riqualificazione dell'offerta del servizio sanitario.

Il progresso della medicina, la continua evoluzione del concetto di salute e le innovazioni introdotte nei percorsi di assistenza alle diverse patologie incidono profondamente sul concetto stesso di assistenza ospedaliera e di continuità assistenziale e quindi sulla realtà fisica, gli spazi, dove questa assistenza viene esercitata. È preponderante oggi la "centralità del paziente" che vuol dire, per quanto attiene i riferimenti strutturali, l'umanizzazione degli spazi, la riorganizzazione orizzontale dei processi all'interno dell'ospedale, l'attenzione al benessere percepito. L'ospedale stesso si colloca oggi nel contesto urbano come struttura aperta al territorio di cui viene in particolare curata l'accessibilità e l'armonia architettonica.

Il programma straordinario di investimenti ha ereditato la realtà dell'offerta sanitaria pubblica della fine degli anni 80: molti Ospedali obsoleti, molte strutture ospedaliere di piccole dimensioni accanto a enormi strutture a padiglioni, un patrimonio tecnologico inadeguato e non utilizzato in maniera ottimale; una rete, in altre parole, disegnata quando erano prevalenti malattie acute mentre oggi, con l'invecchiamento della popolazione e il conseguente aumento delle malattie cronico-degenerative legate all'età, i bisogni di assistenza sono profondamente cambiati. Di fronte a questo nuovo scenario un Paese avanzato come l'Italia, alla stregua degli altri Paesi europei, deve ripensare la sua rete ospedaliera. Le politiche di investimenti hanno avuto ed hanno il compito di traghettare questo patrimonio strutturale e tecnologico attualizzandolo rispetto ai nuovi principi di assistenza pubblica: riqualificazione dell'offerta attraverso la definizione di una rete differenziata di strutture, dall'alta specialità all'Ospedale di comunità, assistenza sul territorio, potenziamento tecnologico ecc. L'ottimizzazione dei servizi attraverso la riqualificazione strutturale e tecnologica del SSN contribuisce infatti agli obiettivi di efficienza dell'assistenza sanitaria e di riequilibrio dell'assistenza sul territorio nazionale per garantire a ciascun cittadino una risposta adeguata alla domanda di salute, tanto per i determinanti aspetti di prevenzione, quanto per ciò che riguarda il trattamento delle diverse patologie nelle fasi dell'acuzie, come della lungodegenza e della riabilitazione.

Questi obiettivi generali, indicati dal legislatore del programma pluriennale di investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie – art.20 L67/88, sono stati integrati dal Ministero e dalle Regioni che nella programmazione negoziale hanno individuato nuovi obiettivi strategici che sempre più intendono fare del SSN un moderno sistema sanitario, in possibile integrazione e competizione con gli altri Paesi europei. Tra gli obiettivi troviamo:

- l'appropriatezza delle cure, e quindi la riduzione dei ricoveri impropri attraverso il potenziamento dell'offerta alternativa quale il day surgery, il day hospital, l'assistenza domiciliare integrata e, in senso generale, il potenziamento dell'assistenza territoriale;
- l'individuazione e il potenziamento dei Centri di eccellenza, intesi come Centri di riferimento per altissime specialità non solo a livello regionale e nazionale, ma come riferimento in ambito europeo; Centri avanzatissimi, dotati delle più moderne tecnologie, collegati in rete, in grado di fornire i più innovativi trattamenti diagnostici e terapeutici;

• la riduzione delle liste di attesa;
• il potenziamento della rete dell'emergenza anche ai fini di un corretto utilizzo del pronto soccorso;
• il potenziamento delle strutture per la prevenzione;
• l'ammodernamento del patrimonio tecnologico: una indagine del Ministero condotta sui servizi di diagnostica per immagini nelle strutture di ricovero e cura pubbliche e private accreditate ha evidenziato un'obsolescenza generalizzata, in particolare per il parco macchine della radiologia generale e della medicina nucleare.

Appare evidente quanto il raggiungimento di questi obiettivi determini una generale riqualificazione e un riequilibrio dell'offerta ospedaliera e territoriale nel territorio nazionale, consentendo altresì agli operatori sanitari le migliori condizioni per lavorare bene e garantire una migliore assistenza.

Un Servizio Sanitario così rafforzato è la condizione necessaria per poter contenere la stessa mobilità sanitaria passiva tra le regioni ed extranazionale, i cosiddetti "viaggi della speranza", e per poter consolidare un contesto di rete adeguato a quei Centri che già oggi godono di altissimi riconoscimenti e capacità di attrazione a livello internazionale.

Particolare attenzione deve essere posta nelle politiche di programmazione degli investimenti rispetto al bilanciamento "costi/qualità", ovvero a quanto gli investimenti possano contribuire all'obiettivo di ottimizzazione e contenimento della spesa sanitaria, nell'ottica del patto di stabilità di cui all'*Accordo dell'8 agosto 2001* tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome, garantendo un sistema di assoluta qualità. La verifica del programma di investimenti in conto capitale deve essere perciò volta a garantire anche la sostenibilità economico-finanziaria degli interventi ai fini dell'adeguamento del bilancio regionale agli standard sostenibili.

8.2 Presentazione dei dati

Il programma straordinario di investimenti art. 20. l 67/88

L'*art. 20 della legge 67/1988* autorizza un programma pluriennale articolato in due fasi.

Terminata la prima fase nel 1996 con un impegno di 9.400 miliardi di lire, la seconda fase, avviata nel 1998 con la *delibera CIPE n. 52*, prevede l'utilizzo di 12.720 milioni di euro (pari a 24.630 miliardi di lire), destinati alla riqualificazione strutturale e tecnologica della rete dell'offerta sanitaria, compresi interventi specifici nei settori della libera professione intra moenia e della radioterapia. Il quadro riepilogativo generale delle risorse del programma straordinario di investimenti è illustrato nella **Tabella 1** (in euro ed in lire) dove i finanziamenti di ciascuna linea di programma sono ripartiti per ciascuna Regione.

Le risorse inizialmente previste dall'art. 20 sono state successivamente integrate, in particolare dall'*art. 28 della legge 488/1999* che ha destinato circa 15, 493 milioni di euro (pari a 30 miliardi di vecchie lire) per la radioterapia, (ripartiti con D.M. 28 febbraio 2001, **colonna f** della **Tabella 1**, di cui si tratterà brevemente anche nella prossima sezione) e dall'*art. 83 della legge 388/2000* che ha disposto l'assegnazione di ulteriori 2,065 miliardi di euro (pari a 4.000 miliardi di lire), di cui circa 826,143 milioni di euro (pari a 1.600 miliardi di lire), per strutture da destinare alla libera professione intra moenia (ripartiti dal *D.M. 8 giugno 2001*, **colonna g** della **Tabella 1**) e circa 1.239 milioni di euro (pari a 2.400 miliardi di lire) per ulteriori programmi (ripartiti con *delibera CIPE n. 65* del 2 agosto 2002, **colonna h** della **Tabella 1**).

A partire dal 1998, con l'abolizione del finanziamento tramite mutui, le risorse finanziarie per l'attuazione della seconda fase del programma di seconda fase sono assicurate annualmente da rifinanziamenti in tabella D delle leggi finanziarie e previste quali importi da iscrivere in bilancio in tabella F, in relazione alle autorizzazioni di spesa previste da leggi pluriennali, sulla base degli sviluppi della programmazione negoziata tra il Ministero della Salute e le Regioni, con il concerto del Ministero dell'Economia e delle Finanze e d'intesa con la Conferenza Stato Regioni.

Per la copertura dei circa 12.720 milioni di euro previsti nella seconda fase del programma risultano complessivamente stanziati nel bilancio dello Stato, dal 1998 ad oggi, circa 10.656 milioni di euro, di cui 1.840 milioni di euro sono stati stanziati ultimamente con la *L. 350/2003 (Finanziaria 2004)* e 1.000 milioni di euro con la *L. 311/2004 (Finanziaria 2005)*.

Il sistema ha consentito lo sviluppo graduale del programma in relazione alle capacità di programmazione e di spesa delle Regioni, che hanno potuto utilizzare tutta o parte della quota assegnata, attraverso strumenti negoziali quali gli Accordi di programma quadro *ex art. 2 della legge 662/1996*, attivati qualora le Regioni includano la salute nell'ambito delle intese istituzionali di programma, e gli Accordi di programma *ex art.*

5 bis del D. Lgs. 502/1992, introdotto il D.Lgs 229/99. Entrambi gli strumenti richiedono ampia concertazione istituzionale, il concerto con il Ministero dell'Economia e Finanze e l'intesa della Conferenza Stato Regioni

Attraverso i citati strumenti di programmazione negoziata, il Ministero della Salute e le Regioni approfondiscono e condividono nuove priorità e nuovi traguardi, rispetto agli obiettivi generali posti dal legislatore con l'avvio del programma, in coerenza con i principi generali individuati nel Piano Sanitario Nazionale e in relazione a specifici Accordi, quali quello dell'8 agosto 2001, di cui si è parlato nel capitolo precedente, che hanno portato all'individuazione di nuovi standard di riferimento, per il numero di posti letto (4 per mille abitanti negli Ospedali per acuti e 1 per mille per la riabilitazione) e, in genere, per quei parametri fondamentali che caratterizzano l'offerta sanitaria e che si riflettono, in particolare, su sicurezza, qualità e spesa.

Alla data del 31 dicembre 2003 risultano conclusi 19 tra Accordi di programma e Accordi integrativi dal Ministero della Salute e dalle Regioni e le Province Autonome. Nel corso del 2004 sono stati sottoscritti 8 nuovi Accordi di programma, rispettivamente con le regioni Toscana, Puglia, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Abruzzo e Calabria per cui al 31 dicembre 2004 risultano complessivamente sottoscritti 27 tra Accordi di programma e Accordi integrativi dal Ministero della Salute e dalle Regioni e le Province autonome; di questi Accordi 4 sono Accordi di programma quadro all'interno di Intese istituzionali di programma a norma dell'*art. 2, comma 203, della legge n. 662/96* e 23 sono Accordi di programma *ex art. 5 bis del D. L vo. n. 502/92*.

Il valore complessivo delle risorse finanziarie messe a disposizione delle Regioni ammonta a 7.555.334.720,22 euro, a cui si aggiungono i programma relativi agli Enti per complessivi 633.594.938,71 euro (colonna e della **Tabella 1A**).

Sono in corso le procedure per la sottoscrizione di ulteriori Accordi, tra cui quello con la Provincia Autonoma di Trento, con la Provincia Autonoma di Bolzano, con la regione Valle d'Aosta, con la regione Molise e per un'ulteriore tranche della regione Lombardia.

Una volta sottoscritto l'Accordo, per l'attivazione dello stesso la Regione, verificata l'appaltabilità degli interventi in esso previsti (genericamente coincidente con la cantierabilità), chiede al Ministero della Salute l'ammissione a finanziamento dell'intervento; a partire dall'ammissione a finanziamento le risorse statali sono effettivamente erogabili.

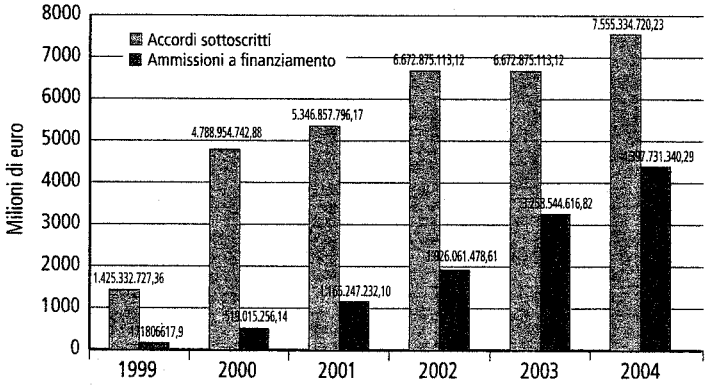
Al 31 dicembre 2004 è risultato appaltabile circa il 58% dell'importo finanziario dei programmi ed è stata autorizzata la spesa per circa 4.398 milioni di euro. Persistono comunque forti differenziazioni nei tempi di sottoscrizione e di attuazione degli accordi; a motivo delle molteplici complessità regionali, il dato complessivo totale deve essere necessariamente scomposto nelle componenti regionali e annuali (esercizio finanziario di impegno).

Il grafico della **Figura 1** rappresenta l'andamento cumulato dei finanziamenti sottoscritti attraverso gli Accordi di programma con le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, a partire dal 1999, e l'andamento degli importi ammessi a finanziamento a valere sugli Accordi medesimi.

Il grafico evidenzia che, nel periodo 2002-2004, a fronte di un incremento contenuto degli Accordi sottoscritti si registra invece una maggiore capacità di attivazione reale degli Accordi, soprattutto nel corso del 2003, in quanto le ammissioni a finanziamento crescono più rapidamente.

Questo fenomeno di accelerazione della capacità attuativa del programma da parte delle Regioni, differenziato comunque a seconda delle realtà locali, è da attribuire in parte alla naturale "maturazione" di una quantità sempre maggiore di interventi programmati e quindi di progetti esecutivi o comunque cantierabili, ma va anche riconosciuto il merito ad altri due fattori.

1. Nella fase *ex ante*, è dovuta al rafforzamento



Fonte: Ministero della Salute

Figura 1 Programma di investimenti in sanità art. 20 L. 67/88. Andamento temporale degli importi finanziari sottoscritti con gli accordi di programma e degli importi finanziari attivati.

Tabella 1 **Programma pluriennale di investimenti art. 20, Legge 67/88 - Situazione al 31 dicembre 2004 - Importi in Euro e in Lire** *(in corsivo)*

Regioni e Enti	Assegnazione art. 20 I FASE del programma (a)	Assegnazione art. 20 II FASE del programma - Delibera CIPE 52 del 6/5/98 (b)	Tranche Assegnazioni 1998 2.500 mld impegnati in sicurezza e completamenti Del. CIPE 53 del 6/5/98 (c) di cui della colonna b	Risorse residue da destinare ad ACCORDI DI PROGRAMMA (d = b-c)
Piemonte	313.826.584,10 *607.653.000.000*	678.270.075,97 *1.313.314.000.000*	79.714.089,46 *154.348.000.000*	598.555.986,51 *1.158.966.000.000*
Valle d'Aosta	14.744.328,01 *28.549.000.000*	31.865.907,13 *61.701.000.000*	4.537.315,56 *8.785.468.000*	27.328.591,57 *52.915.532.000*
Lombardia	578.806.158,23 *1.120.725.000.000*	1.201.068.032,87 *2.325.592.000.000*	129.630.681,67 *251.000.000.000*	1.071.437.351,20 *2.074.592.000.000*
P.A. Bolzano	33.868.726,99 *65.579.000.000*	73.199.502,14 *141.734.000.000*	12.870.105,93 *24.920.000.000*	60.329.396,21 *116.814.000.000*
P.A. Trento	36.877.604,88 71.405.000.000	79.702.210,95 154.325.000.000	28.881.199,42 55.921.800.000	50.821.011,53 98.403.200.000
Veneto	288.983.974,34 *559.551.000.000*	624.575.601,54 *1.209.347.000.000*	93.264.369,12 *180.585.000.000*	531.311.232,42 *1.028.762.000.000*
Friuli Venezia Giulia	96.188.031,63 *186.246.000.000*	207.889.395,59 *402.530.000.000*	26.339.301,85 *51.000.000.000*	181.550.093,74 *351.530.000.000*
Liguria	158.574.475,67 *307.043.000.000*	339.111.797,42 *656.612.000.000*	28.140.187,06 *54.487.000.000*	310.971.610,36 *602.125.000.000*
Emilia Romagna	299.412.788,51 *579.744.000.000*	614.052.792,22 *1.188.972.000.000*	146.827.663,50 *284.298.000.000*	467.225.128,73 *904.674.000.000*
Toscana	266.915.254,59 *516.820.000.000*	497.455.416,86 *963.208.000.000*	149.103.172,59 *288.704.000.000*	348.352.244,26 *674.504.000.000*
Umbria	63.529.363,16 *123.010.000.000*	140.735.021,46 *272.501.000.000*	102.249.686,25 *197.983.000.000*	38.485.335,21 *74.518.000.000*
Marche	102.707.267,07 *198.869.000.000*	226.332.071,46 *438.240.000.000*	44.352.027,35 *85.877.500.000*	181.980.044,11 *352.362.500.000*
Lazio	371.874.790,19 *720.050.000.000*	795.573.964,37 *1.540.446.000.000*	39.818.826,92 *77.100.000.000*	755.755.137,46 *1.463.346.000.000*
Abruzzo	137.004.136,82 *265.277.000.000*	285.087.823,50 *552.007.000.000*	66.597.659,42 *128.951.050.000*	218.490.164,08 *423.055.950.000*
Molise	48.367.737,97 *93.653.000.000*	104.831.970,75 *202.983.000.000*	12.435.765,67 *24.079.000.000*	92.396.205,07 *178.904.000.000*
Campania	526.105.346,88 *1.018.682.000.000*	1.120.588.037,83 *2.169.761.000.000*	10.329.137,98 *20.000.000.000*	1.110.258.899,84 *2.149.761.000.000*
Puglia	376.810.568,77 *729.607.000.000*	814.789.776,22 *1.577.653.000.000*	41.161.614,86 *79.700.000.000*	773.628.161,36 *1.497.953.000.000*
Basilicata	68.929.952,95 *133.467.000.000*	142.494.073,66 *275.907.000.000*	17.722.218,49 *34.315.000.000*	124.771.855,16 *241.592.000.000*
Calabria	198.491.945,85 *384.334.000.000*	424.925.759,32 *822.771.000.000*	26.473.838,88 *51.260.500.000*	398.451.920,44 *771.510.500.000*
Sicilia	496.353.297,84 *961.074.000.000*	1.256.885.145,15 *2.433.669.000.000*	89.829.172,58 *173.933.532.000*	1.167.055.972,57 *2.259.735.468.000*
Sardegna	160.082.013,36 *309.962.000.000*	345.982.740,01 *669.916.000.000*	11.039.052,92 *21.374.587.000*	334.943.687,09 *648.541.413.000*
SUB TOTALE	**4.638.454.347,79** ***8.981.300.000.000***	**10.005.417.116,41** ***19.373.189.000.000***	**1.161.317.087,49** ***2.248.623.437.000***	**8.844.100.028,92** ***17.124.565.563.000***
I.R.C.C.S. - I.Z.S. - Policlinici Univ. a gestione diretta - I.S.S.	216.240.503,65 *418.700.000.000*	633.595.004,83 *1.226.811.000.000*	129.825.160,23 *251.376.563.000*	
SUB TOTALE			**1.291.142.247,72** ***2.500.000.000.000***	
TOTALE	**4.854.694.851** ***9.400.000.000.000***	**10.639.012.121** ***20.600.000.000.000***		
TOTALE COMPLESSIVO del programma straordinario di investimenti art. 20 legge 67/88				

Fonte: Ministero della Salute

Valore complessivo accordi di programma perfezionati (9)	Integrazione finanziamenti di cui alla legge 448/98 per RADIOTERAPIA - D.M. 28.12.2001 (10)	Integrazione finanziamenti di cui alla legge 388/2000 d.m. 08.06.2001 quota per LIBERA PROFESSIONE (5)	Integrazione finanziamenti di cui alla legge 388/2000 QUOTA RIPARTITA con Delibera CIPE 92.08.2002 (11)
598.555.986,51	987.771,96	60.428.733,60	98.633.387,00
1.158.966.000.000	*1.912.593.204*	*117.006.344.000*	*190.980.868.246*
27.328.591,57	46.406,66	1.418.336,70	4.131.655,00
52.915.532.000	*89.855.825*	*2.746.282.800*	*7.999.999.627*
831.605.844,37	1.749.128,20	132.471.194,62	269.786.902,00
1.610.213.448.278	*3.386.784.466*	*256.500.000.000*	*522.380.284.736*
60.329.396,21	106.601,22		7.359.511,00
116.814.000.000	*206.408.738*		*14.250.000.364*
50.821.011,53	116.071,18	8.404.575,81	20.115.996,00
98.403.200.000	224.745.146	16.273.528.000	38.949.999.575
512.471.674,87	909.576,12	61.974.827,89	144.246.412,00
992.283.529.901	*1.761.184.951*	*120.000.000.000*	*279.300.000.163*
181.550.093,74	302.751,55		13.100.372,00
351.530.000.000	*586.208.738*		*25.365.857.292*
286.243.884,24	493.852,13	39.210.377,38	29.329.326,00
554.245.445.737	*956.231.068*	*75.921.877.415*	*56.789.494.054*
520.886.236,50	894.251,64	87.214.076,55	99.095.763,00
1.008.576.393.148	*1.731.512.621*	*168.870.000.000*	*191.876.153.024*
504.384.126,26	724.449,64	76.107.154,48	156.031.882,00
976.623.852.153	*1.402.730.097*	*147.364.000.000*	*302.119.852.160*
38.485.335,21	204.953,92	25.677.941,61	16.010.164,00
74.518.000.000	*396.846.117*	*49.719.428.000*	*31.000.000.248*
181.979.889,17	329.609,81	42.332.939,10	35.398.109,00
352.362.200.000	*638.213.592*	*81.968.000.000*	*68.540.296.513*
755.755.137,46	1.158.602,86	102.661.209,05	79.124.621,00
1.463.346.000.000	*2.243.367.961*	*198.779.819.250*	*153.206.629.904*
30.280.964,94	415.176,44	18.942.089,69	7.850.145,00
58.632.123.984	*803.893.689*	*36.677.000.000*	*15.200.000.259*
0,00	152.667,92		1.962.536,00
0	*295.606.311*		*3.799.999.581*
1.110.258.899,84	1.631.924,33	79.253.874,72	43.684.968,00
2.149.761.000.000	*3.159.846.117*	*153.456.900.000*	*84.585.892.989*
238.918.739,91	1.186.587,05	53.948.571,22	23.008.974,00
462.611.188.526	*2.297.552.913*	*104.459.000.000*	*44.551.586.087*
124.771.855,16	207.515,64	27.613.917,48	5.396.975,00
241.592.000.000	*401.806.311*	*53.468.000.000*	*10.450.000.783*
61.086.564,38	618.823,92		12.297.297,00
118.280.082.012	*1.198.210.194*		*23.810.887.262*
1.104.676.801,27	1.830.415,26		23.570.003,00
2.138.952.549.995	*3.544.178.155*		*45.637.889.709*
334.943.687,09	503.858,36	8.483.321,02	11.751.617,00
648.541.413.000	*975.605.825*	*16.426.000.000*	*22.754.303.449*
7.555.334.720,23	**14.570.995,80**	**826.143.140,92**	**1.101.886.615,00**
14.629.167.958.735	***28.213.382.039***	***1.599.636.179.465***	***2.133.549.996.025***
633.594.938,71	922.711,17		137.797.840,44
1.226.810.871.976,01	*1.786.617.961*		*266.813.824.509*
8.188.929.658,94		**826.143.140,92**	**1.239.684.455,44**
15.855.978.830.711		***1.599.636.179.466***	***2.400.363.820.534***
	15.493.707	**2.065.827.596**	
	30.000.000.000	***4.000.000.000.000***	
			17.575.028.276
			34.030.000.000.000

della capacità programmatoria delle Regioni, al quale contribuisce anche il Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti del Ministero della Salute *L. 144/99* che è attivo a supporto della programmazione sanitaria regionale dal 2002 attraverso la predisposizione di strumenti metodologici di programmazione e la collaborazione fattiva in diversi tavoli tecnici di confronto. L'esperienza maturata nei diversi contesti regionali evidenzia, infatti, come la solidità programmatoria dell'Accordo, assicurata dalla presenza di un piano regionale di riorganizzazione e riqualificazione della rete ospedaliera e più in generale del sistema dei servizi sanitari del territorio, sia la condizione che ne consenta una rapida e efficace attuazione.

2. Nella fase *in itinere*, è dovuto al più stringente monitoraggio esercitato congiuntamente dal Ministero e dalle Regioni sull'attuazione degli Accordi e quindi sulla capacità di spesa dimostrata dalle Regioni.

Gli Investimenti per Centri oncologici, di radioterapia e di radiodiagnostica

Il potenziamento delle strutture di radioterapia e radiodiagnostica rappresenta una delle priorità da soddisfare con il programma di investimenti *ex art. 20 legge 67/1988*.

L'adeguamento e il rinnovamento delle tecnologie, mirato al miglioramento degli standard qualitativi e quantitativi delle prestazioni, è richiamato in tutti i documenti programmatici regionali. Ciò per la particolare e continua attenzione che lo stesso richiede, in relazione alla sempre più rapida obsolescenza tecnologica ed alla inadeguata e spesso non razionale distribuzione dei Centri terapeutici, causa di mobilità interregionale notevole e di lunghi periodi di attesa, con sensibili costi sanitari e sociali. Nella programmazione degli investimenti è, pertanto, richiesto che le Regioni assicurino una equilibrata distribuzione di prestazioni sul territorio regionale, con particolare riferimento all'assistenza programmata personalizzata per malati oncologici.

Oltre a finanziamenti assegnati, su quota riservata, agli IRCCS Oncologici e ai Policlinici, alcune Regioni, attraverso gli Accordi di programma, hanno individuato iniziative specifiche per il potenziamento e per la realizzazione di Centri Oncologici di eccellenza, dotati delle più avanzate apparecchiature (Sicilia, Centro oncologico di Messina; Puglia, nuova sede dell'IRCCS Oncologico di Bari; Calabria, Centro Oncologico di Catanzaro; Molise, Centro di Ricerca a Campobasso; Lazio, IFO-S. Raffaele di Roma).

Come anticipato nella sezione precedente, a sottolineare la speciale attenzione posta anche dal Parlamento al settore della radioterapia, l'*art. 28, comma 12, della legge n. 448/1999 (Finanziaria 2000)*, autorizza un'ulteriore spesa di 15.493.706,97 euro (pari a 30 miliardi di lire) nel triennio 2000-2002 per il potenziamento delle strutture di radioterapia, ad incremento di quanto stanziato per l'art. 20. Il Ministero ha ritenuto che detta somma, di per sé non sufficiente a sostenere un programma specifico, potesse rappresentare un concreto incentivo, se utilizzata come somma addizionale ai programmi regionali finanziati con l'art. 20 o con altri finanziamenti regionali e aziendali.

Il *Decreto Ministeriale 28/12/2001* ha ripartito la somma sopra citata tra le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, e ha accantonato 922.711,17 euro, (1.786.617.961 lire) a favore degli IRCCS e dei Policlinici a gestione diretta, ripartiti con *D.M. 27 agosto 2004*.

Gli investimenti per gli "hospice"

Nonostante il processo del morire non sia una malattia, nei Paesi avanzati l'ultimo periodo di vita è fortemente medicalizzato e spesso è trascorso in ospedale. Questa tendenza è in crescita, per lo meno nei Paesi più ricchi. Questa descrizione deriva dallo studio dei tumori, ma si applica anche alla storia naturale dell'AIDS e di molte altre malattie,

La necessità di offrire livelli assistenziali a complessità differenziata, adeguati alle necessità del malato, mutevoli anche in modo rapido ed imprevedibile, ha reso necessario programmare un sistema a rete, utile ad offrire la maggior possibilità di integrazione tra differenti modelli e livelli di intervento e tra i differenti e numerosi soggetti professionali coinvolti.

La rete deve essere composta da un sistema di offerta nel quale la persona malata e la sua famiglia, ove presente, possano essere guidati e coadiuvati nel percorso assistenziale tra il proprio domicilio, sede di intervento privilegiata ed in genere preferita dal malato, e dal nucleo familiare e dalle strutture di degenza, specificamente dedicate al ricovero/soggiorno dei malati non assistibili presso la propria abitazione.

Le reti sanitaria e socio-sanitaria dovranno essere strettamente integrate con quella socio-assistenziale, al fine di offrire un approccio completo alle esigenze della persona malata, alla quale dovrà essere garantito, se richiesto, un adeguato supporto religioso.

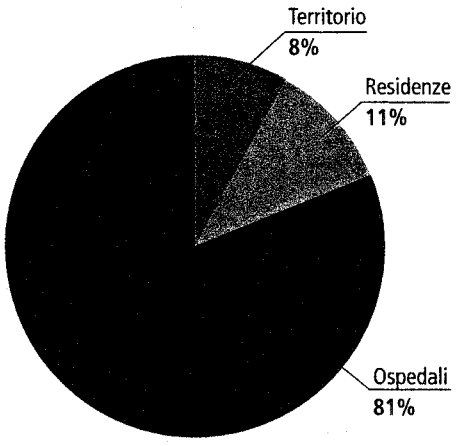
Tutte le Regioni hanno già provveduto a defini-

re la programmazione della rete degli interventi di cure palliative, anche se con modalità tra loro in parte differenti: molte hanno elaborato programmi regionali specifici per le cure palliative (soprattutto in conseguenza della L. 26.2.1999 n. 39), altre hanno inserito lo sviluppo delle cure palliative all'interno del più vasto programma di riorganizzazione della rete di interventi domiciliari sanitari, socio-sanitari ed assistenziali (rete per la cura ed assistenza domiciliare).
Il finanziamento previsto (L. 26.2.1999 n. 39) era finalizzato alla creazione di strutture residenziali dedicate all'assistenza dei pazienti colpiti prevalentemente da malattie neoplastiche, ma tale finanziamento è stato fin dal primo momento vincolato alla capacità regionale di inserire tali strutture in una rete assistenziale, unica modalità capace di seguire l'evolversi della patologia nei diversi momenti.
Oltre a studi sull'ospedalizzazione domiciliare e a progetti per la creazione di una rete sperimentale, su base regionale, per l'assistenza a pazienti cronici disabili e malati terminali, il Ministero della Salute ha provveduto a portare avanti e a completare il finanziamento del programma nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative, i cosiddetti hospice, attraverso l'approvazione dei progetti presentati dalle Regioni Val d'Aosta, Piemonte, Province Autonome di Trento e Bolzano, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Liguria, Toscana, Marche, Abruzzo, Molise, Basilicata, Sicilia, Calabria e Sardegna.
Il Programma nazionale per la realizzazione di strutture residenziali per le cure palliative (hospice) ha stanziato 206.604.967,28 euro; la quota di finanziamento attribuita a ciascuna Regione è stata calcolata in funzione dei tassi di mortalità per neoplasie.
Al suo completamento si avranno sul territorio nazionale 201 strutture per un totale di 2.232 posti letto.
Nel 2003 erano attive 46 strutture tra pubbliche e private convenzionate; di queste 22 finanziate con gli stanziamenti statali previsti dal programma nazionale.

8.3 Analisi quantitativa

La distribuzione delle risorse per investimenti strutturali e tecnologici

Per quanto riguarda un'analisi di tipo finanziario sul programma straordinario di investimenti, oltre alla verifica della capacità di spesa delle Regioni di cui si è parlato nelle sezioni precedenti, occorre evidenziare che le Regioni e le Province Autonome hanno cofinanziato mediamente il programma straordinario di investimenti per un buon 20%, ben oltre l'obbligatorio 5% previsto dall'*art. 20 della L. 67/88*, a testimonianza del valore strategico e di volano che gli investimenti nel settore sanitario strutturale e tecnologico offrono alle Regioni e del ruolo determinante che queste risorse rivestono nell'intero panorama delle politiche regionali di investimento. Inoltre il cofinanziamento testimonia spesso la capacità della Regione e dell'azienda di valorizzare il proprio patrimonio edilizio, in molti casi particolarmente consistente.
Limitato appare tuttora il ricorso alla finanza di progetto o ad altre forme di partenariato pubblico-privato.
La volontà politica delle Regioni e del Governo centrale di superare una delle criticità riscontrate nella prima fase di attuazione del programma straordinario di investimenti, derivante dalla polverizzazione dei finanziamenti, ha determinato nella seconda fase una capacità programmatoria più decisa nel concentrare i finanziamenti in un numero contenuto di interventi strategici e coerenti in una logica di rete che vede le grandi strutture ospedaliere di riferimento in collegamento funzionale con le strutture "distrettuali".
Come dimostra il grafico della **Figura 2**, il settore ospedaliero catalizza generalmente l'impegno maggiore delle risorse finanziarie del programma straordinario art. 20, assorbendo mediamente l'81% delle risorse sul panorama nazionale. L'O-



Fonte: Ministero della Salute

Figura 2 Programma straordinario art. 20 L.67/88. Totale dei finanziamenti per tipologia di intervento - Panorama nazionale.

spedale rimane quindi il maggiore concentratore di risorse perché sempre più richiede adeguamenti strutturali: basti pensare che il 35% degli Ospedali è stato costruito prima del 1940 e un altro 30% tra il 1940 e il 1970; diversi sono gli Ospedali di nuova realizzazione, molti dei quali in sostituzione di strutture obsolete ed inadeguate.
Buona parte degli investimenti è destinata negli Ospedali all'acquisto di tecnologie sempre più sofisticate e quindi sempre più costose, investimenti che comunque, dai dati delle più recenti rilevazioni sul patrocinio tecnologico del SSN, necessitano di particolare attenzione: molte delle apparecchiature censite in strutture pubbliche sono mal distribuite sul territorio nazionale e presentano un'obsolescenza a rischio. Per contrastare questo fenomeno la *L. 311/2004 (Finanziaria 2005)* prevede al comma 188 dell'art. 1 che le Regioni che alla data del 1° gennaio 2005 abbiano ancora in corso di completamento il proprio programma di investimenti in attuazione dell'*articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67*, e successive modificazioni, destinino una quota delle risorse residue al potenziamento ed ammodernamento tecnologico.
La realizzazione di Residenze Sanitarie Assistenziali per anziani e per disabili assorbe circa l'11% delle risorse finanziarie, sensibilmente meno di quanto operato nella prima fase del programma. La realizzazione di RSA comporta spesso la riconversione di vecchie strutture ospedaliere dimesse. I servizi territoriali di prevenzione e cura, infine, sono beneficiari di circa l'8% dei finanziamenti e presentano chiaramente interventi polverizzati e di bassa entità economica.

8.4 Riferimenti normativi – strumenti organizzativi e tecnologici

La semplificazione delle procedure

Le innovazioni procedurali derivanti dalla devoluzione di alcune competenze gestionali dal CIPE al Ministero della Salute e le novità introdotte dalla programmazione negoziata, ma soprattutto un contesto segnato dal contenimento delle risorse finanziarie hanno determinato l'esigenza di monitorare in modo sempre più stringente l'utilizzo delle risorse messe a disposizione nelle diverse annualità degli Accordi. In tal senso di notevole significato è l'attività di semplificazione, e quindi snellimento, delle procedure relative alle richieste di ammissione a finanziamento, erogazione e monitoraggio degli interventi per gli investimenti in sanità, intrapresa attraverso l'*accordo stipulato in data 19 dicembre 2002* tra *il Governo, le Regioni, le Province autonome di Trento e di Bolzano*, "sulla semplificazione delle procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità". In detto Accordo viene anche disciplinata l'attività di monitoraggio sull'attuazione del programma evidenziandone l'importanza anche al fine di riprogrammazione e riallocazione per un corretto utilizzo delle risorse.

Il Nucleo di valutazione degli investimenti pubblici del Ministero della Salute

Tra gli strumenti innovativi volti al rilancio delle infrastrutture, quale presupposto per lo sviluppo economico e sociale del Paese e, in particolare, della funzione programmatoria, centrale e regionale, è da ascrivere la costituzione del Nucleo di Valutazione e Verifica degli Investimenti Pubblici del Ministero della Salute, in attuazione dell'*articolo 1 della legge 144/1999*. Detta legge prevede, presso le amministrazioni centrali e regionali, la costituzione di Unità tecniche, coordinate e correlate per il supporto tecnico nelle fasi di programmazione, valutazione, attuazione e verifica di piani e programmi di particolare impatto sullo sviluppo del Paese.
Il Nucleo di valutazione del Ministero della Salute è stato istituito con *D.M. 27 settembre 2000*, successivamente modificato con il *D.M. 12 dicembre 2003*, con l'obiettivo di supportare le Regioni nelle fasi di programmazione, valutazione, attuazione e verifica dei loro piani e programmi, anche attraverso la produzione di strumenti metodologici e informativi in grado di valorizzare e di trasferire le esperienze locali, di elevare il livello qualitativo e l'affidabilità delle politiche pubbliche di investimento, di ottimizzare l'impiego delle risorse progettuali e finanziarie. Il *D.M. 23 luglio 2004* ha infine attribuito al Nucleo il parere obbligatorio su

- Accordi di Programma da sottoporre all'intesa della Conferenza permanente per il rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano;
- documenti di riprogrammazione e di rimodulazione di interventi, da sottoporre all'esame dei Comitati istituzionali di Attuazione e di Gestione degli Accordi;
- programmi di intervento e progetti relativi agli Enti previsti dall'*art. 4, comma 15 della legge 412/1991*;
- tutti gli interventi di realizzazione di nuovi ospedali e i progetti di ristrutturazione che superano il tetto di spesa di 40.000.000,00 di euro.