

Gli Accordi di programma - La situazione determinata dalla finanziaria 2006

Gli Accordi di programma si basano su una procedura concordata tra Ministero della Salute e la regione interessata ed è strutturato in un Protocollo d'intesa; un documento programmatico; un articolato contrattuale ed è corredato da schede tecniche¹⁴³.

Il valore complessivo degli Accordi di programma sottoscritti dalle regioni al 31.12.2005 ammontavano –come si evince dalla Tabella 1 (colonna h)- a 7.657 milioni di euro, ai quali si aggiungevano 761 milioni di euro per i programmi degli enti (IRCCS, Policlinici universitari a gestione diretta, Ospedali “classificati”, IZS e ISS), con un totale di 8.419 milioni di euro. Dalla citata tabella si rileva che le regioni potevano ancora disporre, alla data indicata, per la sottoscrizione di nuovi Accordi di programmi, di 2.299 milioni di euro. In questa situazione è intervenuta la legge finanziaria 2006, che non ha previsto, contrariamente a quanto disposto negli anni precedenti, alcuna risorsa aggiuntiva per la copertura finanziaria del programma. D'altra parte, le risorse rese disponibili a seguito della revoca, di cui si è prima detto, non sono “perdute”, ma possono consentire alle regioni, che non avevano ancora utilizzato l'intera quota loro assegnata, di sottoscrivere nuovi Accordi di programma e di finanziare le altre iniziative rientranti nell'ambito di applicazione dell'art. 20 della l. n. 67/88. Per dare seguito alle disposizioni dei commi 310-312 della finanziaria 2006 il Ministero della Salute ha emanato, in concerto con il MEF, il Decreto del 12.5.2006¹⁴⁴, che ha indicato le risorse, rese disponibili a seguito della risoluzione degli Accordi di programma, in 1.320 milioni di euro. Di questo ammontare il 35%, pari a 462 milioni di euro, era utilizzabile da parte delle regioni interessate, le quali erano tenute a presentare entro il 30.6.2006, la domanda, con l'elenco preciso degli interventi che si intendeva realizzare tra quelli previsti nell'Accordo o nel provvedimento regionale di “rimodulazione”. Dieci regioni hanno presentato la richiesta entro il termine

¹⁴³ Il Protocollo d'intesa, sottoscritto dal Ministro della Salute e dal Presidente della regione o suo delegato, definisce gli obiettivi concordati; il documento programmatico (per la cui formulazione il *Nucleo di valutazione* sta predisponendo, d'intesa con le Regioni, una guida metodologica) contiene le strategie e gli obiettivi generali e specifici dell'Accordo di programma, nonché gli interventi previsti nel limite dell'impegno finanziario stabilito; l'“articolato contrattuale” contiene gli impegni assunti dalle parti che hanno sottoscritto l'Accordo e l'impegno finanziario nell'ambito delle risorse disponibili nel Bilancio dello Stato; la scheda tecnica comprende le informazioni essenziali di ciascun intervento (che costituisce l'azione unitaria, caratterizzata da una specifica finalizzazione e orientata allo stesso presidio) contenuto nell'Accordo. Per la sua stipula il soggetto interessato trasmette al Ministero della Salute la documentazione, che è sottoposta al *Nucleo di valutazione*. Acquisito il parere di questo vi è il concerto con il MEF e successivamente l'intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni. Una volta completato l'iter procedurale e sottoscritto l'Accordo, la regione, verificata l'appaltabilità degli interventi, chiede l'ammissione al finanziamento al MdS, che emana un decreto dirigenziale; successivamente il MEF provvede alle erogazioni in funzione dell'avanzamento dei lavori.

¹⁴⁴ *Programma investimenti ai sensi dell'art.20 l. 11 marzo 1988, n. 67- Ricognizione delle risorse rese disponibili in applicazione dell'art.1, commi 310,311 e 312 della l. 23 dicembre 2005, n. 266 (legge finanziaria 2006).*

previsto e sono già stati emanati i relativi Decreti per otto di esse, mentre sono in corso di perfezionamento gli altri due.¹⁴⁵

Il restante 65%, pari a 858 milioni di euro, restava disponibile per la sottoscrizione di nuovi Accordi di programma e per interventi di varia natura, alcuni dei quali particolarmente significativi (finanziamento delle strutture per l'attività liberoprofessionale intramuraria e per la radioterapia). Va ricordato che ai sensi del comma 311 della finanziaria 2006, sono effettuate – con Decreto del MdS di concerto con il MEF- periodiche ricognizioni delle risorse rese disponibili a seguito delle revoche. Il Ministero della salute ha tenuto a precisare che, da una parte, operando comunque la revoca *ope legis*, in base al disposto del comma 310 citato, essa diviene effettiva nel momento in cui sono stati individuati, in contraddittorio con la singola regione, gli interventi che si trovano nelle condizioni previste dalla revoca; dall'altra in pratica questa non comporta la perdita degli stanziamenti da parte della regione, ma solo la indisponibilità di copertura finanziaria di determinati interventi, che non possono essere più compresi nell'Accordo. Gli importi finanziari che si riferiscono a questi interventi "tornano" nella quota della singola regione interessata, mentre la copertura finanziaria, ai sensi del citato comma 311, doveva confluire in una sorta di "paniere", a disposizione di tutte le regioni per la sottoscrizione di nuovi Accordi, andando ad integrare gli importi previsti annualmente nella tabella F della legge finanziaria.

La tabella 2 illustra la situazione venutasi a determinare a seguito dell'applicazione delle citate norme della finanziaria 2006. Da essa si rileva che 11 regioni sono state soggette ad una prima revoca; di queste 3 hanno subito anche la seconda revoca, nonché la revoca degli interventi ammessi al finanziamento, ma non aggiudicati nei termini previsti; 2 regioni sono state soggette solo alla seconda revoca; 3 alla prima e alla revoca per mancata aggiudicazione nei termini. La maggiore criticità si riscontra in Campania con circa il 58% di accordi revocati rispetto al valore di quelli sottoscritti al 31.12.2005; restano quindi risorse da utilizzare, che corrispondono a circa il 42% di quelle destinate ad Accordi di programma. Complessivamente per tutte le regioni restano 3.281 milioni di euro, corrispondente al 39% circa del totale delle risorse destinate agli Accordi di programma. Su questa quota sono in corso le istruttorie delle proposte di Accordi di programma con 10 regioni¹⁴⁶, tra le quali non è compresa la Campania.

¹⁴⁵ Le Regioni sono (in parentesi sono indicati i Decreti di assegnazione): Lazio (DM 4.10.2006 in GU n. 42/2007); Liguria (DM 12.10.2006 in GU n.37/07); Marche (DM 12.10.2007, in GU n. 41/07); Piemonte (DM 12.10.2006, in GU n. 40/07); Veneto (DM 17.10.2007, in GU n.38/07); Basilicata (DM 17.10.2006, in GU n. 39/07); Puglia (DM 15.12.2006, in Gu n. 62/07). Per la Sicilia e la Campania i Decreti sono in corso di registrazione.

¹⁴⁶ Lombardia, Piemonte, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Veneto, Emilia Romagna, Marche, Abruzzo, Sicilia e Calabria.

Dalle informazioni assunte presso il Ministero della Salute in merito al 35% delle risorse messe a disposizione, ai sensi delle citate norme della finanziaria 2006, tutte le regioni interessate, ad eccezione della Sardegna, hanno presentato le richieste entro il termine previsto e sono stati emanati i rispettivi Decreti, firmati dal MdS e dal MEF (registrati dalla Corte dei conti).¹⁴⁷

Lo stato di attuazione degli Accordi di programma

Nel 2006 –come si è già prima accennato- non sono stati sottoscritti nuovi Accordi, perché (come già verificatosi nel 2003) la legge finanziaria non ha previsto nella tabella F alcuna assegnazione di risorse per la copertura finanziaria degli Accordi. Le risorse rese disponibili a seguito delle procedure di revoca previste nella finanziaria 2006 consentiranno di finanziare i nuovi accordi, le cui procedure si potranno concludere nel 2007.

Se si analizza lo stato di attuazione degli Accordi e l'evoluzione dell'utilizzazione dei finanziamenti dal 31.12.2000 al 31.12.2006 (come risultano dalla tabella 3 e dal grafico 1) si rileva che risultava "appaltabile" il 90% circa dell'importo finanziario sottoscritto al 31.12.2005; se si aggiungono i dati riguardanti gli enti (IRCCS etc., con il 68%) la percentuale scende all'87,6%. Interessante la progressione evidenziata dal grafico 1: al forte aumento degli importi sottoscritti fa riscontro un minore aumento degli importi finanziari attivati, che, però, progressivamente tendono ad avvicinarsi ai primi sino a ridurre al minimo lo scarto (circa il 10%).¹⁴⁸

Esaminando più da vicino la tabella 3 si può rilevare in alcune regioni una progressione costante delle ammissioni a finanziamento (con qualche impennata, come per l'Abruzzo) che raggiunge al 31.12.2006 l'obiettivo del 100% (Valle d'Aosta, Lombardia, le 2 Province autonome di Trento e Bolzano, la Toscana, l'Umbria, il Molise e la Calabria, anche se per queste ultime la situazione è particolare) o si collocano vicine a questo (Liguria: 99,7%; Basilicata: 96,6%; la Sardegna: 97,8%; la Puglia: 96,4%; il Veneto: 93,4%; l'Abruzzo: 93,1%). Raggiungono un livello elevato il Piemonte (90,7%), il Friuli-VG (89,1%), il Lazio (89,5%). Percentuali più ridotte si registrano per le Marche (76,3%); la Sicilia (78,5%) e soprattutto per la Campania (62%).

Se si analizza la situazione sotto un altro profilo, quello delle procedure propedeutiche all'appalto e delle realizzazioni avviate e concluse, si evidenzia –come risulta dalla tabella 4 e dal grafico 2- che nel 2006 sul totale degli interventi (1564, aggiornato con i processi di revoca) le procedure propedeutiche all'appalto costituiscono solo il 10% (il 42% nel 2005), mentre le

¹⁴⁷ E' in corso di sottoscrizione da parte ministeriale il Decreto per la Sicilia, mentre per la Campania deve ancora essere terminata l'istruttoria, per verificare la coerenza di quanto proposto con i parametri fissati dalla normativa in materia di investimenti nella sanità.

¹⁴⁸ Va notato, peraltro, che il processo di revoca ha avuto un'incidenza, riequilibrando il rapporto tra importi finanziari sottoscritti e importi attivati.

realizzazioni avviate raggiungono il 52% (il 36% nel 2005:) e quelle concluse il 38% (il 22% nel 2005). Se si stabilisce un confronto con la situazione dello scorso anno si registra apparentemente un netto miglioramento, ma va tenuto presente che nel 2007 gli interventi si sono notevolmente ridotti (del 18,6%), per le revoche intervenute. Esaminando più da vicino l'articolazione per aree geografiche si evidenzia (v. tabella 5 e grafico 3) una netta differenza tra Nord, Centro e Sud, rispettivamente: Nord: su 657 interventi solo il 4% (23) di procedure propedeutiche all'appalto; 45% realizzazioni avviate (293); 52% (341) realizzazioni concluse; Centro: su 316 interventi il 10% (32) procedure; 56% di realizzazioni avviate (177); 34% (107) realizzazioni concluse; Sud: su 591 interventi: 17% (101) procedure propedeutiche; 59% (349) realizzazioni avviate; 24% (141) realizzazioni concluse. Anche l'analisi per singole regioni mostra notevoli differenze. Alla mancanza di procedure "propedeutiche" della Lombardia (che ha quasi totalmente realizzato gli interventi), di Bolzano del Friuli VG, dell'Emilia Romagna e della Toscana (per l'Accordo del 3.3.1999, mentre registra il 100% di procedure "propedeutiche" per l'Accordo sottoscritto il 27.5.2004), si contrappone il 67% dell'Abruzzo e il 64% della Campania.

La situazione risulta variegata nel raffronto tra regioni, sia sotto il profilo dell'attuazione che della partecipazione finanziaria. Vi sono regioni, caratterizzate da un elevato tasso di realizzazioni, con molti interventi in esercizio, conclusi o quanto meno in esecuzione (Lombardia e Veneto, ma anche Liguria, Toscana, Basilicata e in misura ridotta anche il Molise) ed altre con un elevato numero di interventi ancora da affidare (l'Abruzzo) o realizzati, ma non funzionanti (la Sicilia). Diversa la situazione nei vari programmi; ad esempio il Molise su 21 interventi nel settore della sicurezza deve ancora affidarne 8; analogamente la Calabria registra nel Programma generale su 8 interventi 3 ancora da affidare e 4 in corso ed 1 sospeso. Alcune regioni hanno dato particolare enfasi agli interventi per cure palliative (il Molise, la provincia di Bolzano, la Lombardia e, in parte, il Friuli VG, perché all'interesse dimostrato da questa regione per tale tipo di interventi fa riscontro un tasso ridotto di realizzazioni). Per il tipo di interventi in alcune regioni (Lombardia e Toscana) si registrano numerosi interventi sul territorio, in particolare per residenze sanitarie assistite (RSA). In Toscana le 34 RSA costituiscono il 58% circa degli interventi, ma la Lombardia vede sulle 57 previste ben 51 in esercizio e 4 concluse. In Liguria, invece, prevalgono gli interventi per gli ospedali ed i Presidi ospedalieri e, sotto il profilo della tipologia, opere di ristrutturazione, di messa in sicurezza e di ammodernamento

tecnologico. A quest'ultimo hanno dedicato attenzione anche altre regioni, tra le quali la Basilicata¹⁴⁹.

Per quanto riguarda la partecipazione finanziaria, se prevale quella dello Stato (spesso al limite massimo del 95%) in alcuni casi si verifica una significativa riduzione di questa partecipazione, che a volte scende a circa il 33% e addirittura al 22% (in Lombardia), ma sono frequenti i casi di partecipazione dello Stato al di sotto del 50% anche in altre regioni.

10.1.2 I programmi specifici

La libera professione intramuraria

Come si è ricordato nelle precedenti Relazioni, a questo programma, previsto dal d.lgs. n.254/2000; la l. n.388/2000 (finanziaria 2001) ha destinato una specifica linea di finanziamento ed ha con l'art. 83, comma 7, attribuito al Ministero della Salute -per il tramite dell'Osservatorio per l'attività libero-professionale- un potere di monitoraggio ed il compito di informare annualmente il Parlamento sull'attuazione del programma. Particolarmente importante la previsione del potere sostitutivo attribuito alle regioni nel caso di ingiustificati ritardi nella realizzazione delle strutture e dei necessari impianti tecnologici da parte dei soggetti interessati. Con il DM 8.6.2001 sono state ripartite tra le regioni le risorse destinate a questo programma o, più esattamente, a questa linea specifica di finanziamento, per la realizzazione di spazi da destinare all'attività di libera professione intramuraria; l'ammontare previsto è di 826 milioni di euro. È il MEF che provvede annualmente alla copertura di questo programma in base alle disponibilità finanziarie in funzione delle esigenze indicate dal MdS.

Alla data del 31.12.2006 su questo ammontare sono stati ammessi al finanziamento, come si può rilevare dalla tabella 6 interventi per un totale di 502 milioni di euro.¹⁵⁰ Sull'importanza di questo Programma si è già espressa, in passato, la Corte; si può qui ricordare che esso fornisce un importante contributo alla migliore erogazione delle prestazioni, anche al fine di ridurre i tempi di attesa e allo stesso tempo favorire il processo di deospedalizzazione, pur se quest'ultimo deve basarsi su altri interventi più mirati¹⁵¹. La tabella evidenzia la diversa allocazione delle risorse tra le varie regioni e l'assenza, in verità significativa, di alcune di esse, che rientrano tra quelle economicamente svantaggiate. Si verifica quindi che, mentre una delle

¹⁴⁹ Va segnalata un'iniziativa interessante di questa regione, che ha promosso un Protocollo d'intesa con il Governo per un Quadro strategico per la salute, sviluppo e sicurezza nel Mezzogiorno, al fine di raccordare la programmazione degli investimenti avviata con la l. n. 67/88 con la programmazione a livello comunitario, realizzando le opportune sinergie, attraverso l'intervento dei Fondi Sociale (FSE) e Regionale (FESR).

¹⁵⁰ Va ricordato che il finanziamento è definito annualmente dal MEF in base alle disponibilità finanziarie, tenuto conto anche delle indicazioni fornite dal MdS.

¹⁵¹ In proposito si rinvia a quanto esposto nella precedente Relazione.

regioni più prospere, l'Emilia Romagna, ha avuto ammessi al finanziamento interventi per circa il 10% del totale, regioni come l'Abruzzo, il Molise, la Campania, la Calabria e la Sicilia non hanno alcun intervento ammesso al finanziamento.

Come si è visto per il Programma generale anche per le strutture riguardanti la libera professione intramuraria si può valutare lo stato di attuazione degli interventi. Dalla tabella 7 e dal grafico 4, emerge una percentuale ancora limitata di interventi conclusi (27%; in valori assoluti 73, sul totale di 267 ammessi a finanziamento), con 120 interventi un buon tasso di realizzazioni avviate (45%) e un numero più ridotto di procedure propedeutiche all'appalto (28%), anche se sarebbe auspicabile un maggiore sforzo e per rendere più rapida l'attuazione di questo importante tipo di interventi. Dalla citata tabella 7 si rileva che 5 regioni non hanno richiesto alcun finanziamento, mentre 3 non hanno alcun intervento ammesso, pur avendo avuta assegnata una quota. Nel dettaglio al 100% di procedure propedeutiche per Trento e la Basilicata, corrispondono l'assenza di procedure "propedeutiche" di Lombardia e Sardegna, che registrano rispettivamente il 75% e l'80% di realizzazioni avviate.

Strutture di radioterapia

La legge finanziaria 2000 (n. 488/99) all'art.28, comma 12 aveva previsto il potenziamento delle strutture di radioterapia con un ulteriore finanziamento (rispetto a quello inizialmente stabilito per l'intero Programma generale) di 5,2 milioni di euro, portati successivamente a 14,6 milioni, ai quali si sono aggiunti i 923 mila euro destinati agli enti (IRCCS, Policlinici universitari etc.), per un totale di 15,5 milioni. Al potenziamento delle strutture di radioterapia hanno contribuito anche le risorse stanziare nelle leggi finanziarie, per l'attenzione crescente nei confronti di questo settore, come si vedrà con riferimento alla finanziaria 2007. Al riparto dei finanziamenti ha provveduto il DM 28.12.2001.¹⁵² Alla data del 31.12.2006 delle risorse ripartite con il citato DM sono stati ammessi al finanziamento interventi per 10,5 milioni di euro. Anche in questo settore -come si evince dalla tabella 6- alcune regioni meridionali (tre) non hanno presentato richiesta di ammissione al finanziamento per interventi volti al potenziamento delle strutture di radioterapia, mentre quasi tutte le restanti hanno avuto autorizzato l'intero ammontare (dodici) o la quasi totalità (due); solo una ha avuto l'ammissione per il 22% dell'ammontare della quota assegnata..

La finanziaria 2007 ha accresciuto in misura rilevante, come si vedrà in seguito, le risorse destinate a questo settore.

¹⁵² Il finanziamento degli enti è stato effettuato con un DM dell'agosto 2004.

Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta all'AIDS e alle malattie infettive

Di questo Programma si tratta brevemente, perché esso non ha avuto particolari sviluppi nel 2006. Si ricorda che era stato avviato con la l. n. 135/90 che, aveva previsto uno stanziamento di 2.100 miliardi di lire pari a 1,084 miliardi di euro. Il programma ha come finalità la costruzione e la ristrutturazione dei reparti di ricovero per malattie infettive e il potenziamento dei laboratori funzionali alla prevenzione e cura di queste malattie (virologia, microbiologia e immunologia).¹⁵³ Al 31.12.2005 gli interventi risultavano -tranne che per alcune regioni meridionali- completati o in uno stadio avanzato di realizzazione.

Come la Corte ha già rilevato in precedenza, risultati, anche se parzialmente, positivi nella lotta all'AIDS (con la diminuzione della mortalità e i progressi in campo farmacologico) stanno consentendo di avviare progetti per strutture, alternative all'assistenza tradizionalmente assicurata in ospedale, di tipo ambulatoriale e domiciliare. Un contributo, quindi, alla deospedalizzazione, che -come più volte sottolineato- costituisce un obiettivo di fondo del nuovo sistema sanitario, e conseguentemente un contenimento e, comunque, una riqualificazione della spesa.

Strutture per cure palliative

Questo Programma -di cui si è già trattato nelle relazioni precedenti- avviato con il d.l. n.450/98 (convertito nella l. n.39/99), si propone di attuare il 4° obiettivo del PSN 1998-2000 "Rafforzare la tutela dei soggetti deboli"; esso è articolato in 2 *tranches*, la prima con una dotazione di 125. milioni di euro, la seconda con 81,4, per un totale di 207 milioni di euro.

Tutte le regioni hanno presentato un programma, con l'indicazione degli interventi da realizzare e un progetto di rete assistenziale per malati terminali, ed hanno ricevuto, una volta approvato il programma, la quota del 5% per la progettazione esecutiva. Come si rileva dalla tabella 5 (aggiornata al 16.4.2007) sono stati erogati 148 milioni di euro, che rappresentano il 71,78% del totale dei finanziamenti.

Dalle informazioni assunte presso il MdS si evince un dato negativo: la consistente perenzione di risorse stanziate: 4,6 milioni di euro per i fondi dell'anno 1998; ancora più

¹⁵³ Le Delibere del CIPE del 21.12.1993 e del 6.5.1998 hanno ripartito i fondi alle Regioni. Come la Corte aveva già evidenziato nella precedente Relazione, una successiva Delibera del CIPE del 20.12.2004 aveva assegnato la quota precedentemente accantonata (con la Delibera 6.5.1998) di 100 mil. di euro alle 2 regioni, Sicilia e Campania, alle quali era già stata destinata (ma che avevano tardato nella presentazione dei programmi di intervento). Alla Sicilia erano destinati 64,2 mil. di euro e alla Campania 19,3 mil. La citata Delibera aveva accantonato la somma residua di 16,5 milioni per far fronte ad emergenze sanitarie ed in particolare allo svolgimento del "piano nazionale anti-SARS". In aderenza a quanto disposto nell'Ordinanza del Presidente del Consiglio del 30.4.2003, il CIPE con la Delibera del 22.3.2006 aveva ripartito i 16,5 mil., assegnandone 12,1 all'Istituto per le malattie di Roma "Lazzaro Spallanzani" e 2,6 mil. all'AO di Milano "Luigi Sacco"

accentuata per i fondi del 1999 pari a 15,2 e soprattutto per il 2000: 27 milioni di euro. Questa situazione suscita qualche perplessità di fronte al nuovo impegno in questo settore, cui sono chiamate le regioni dalla finanziaria 2007, che, come si vedrà più innanzi ha previsto ulteriori importanti finanziamenti.

Analizzando i dati riportati nella tabella 8, si evidenzia una situazione differenziata tra le varie regioni con negatività e “virtuosità” diverse (si potrebbe dire, talvolta inverse) rispetto a quelle emerse nelle tabelle riferite agli altri programmi prima esaminati (è il caso del Molise, della Sicilia e del Veneto nel programma di radioterapia). Si registrano delle eccellenze con l'utilizzazione del 100% dell'importo erogato (P.A. Bolzano, Molise, quest'ultima in controtendenza, come prima rilevato), ma sempre con una percentuale molto elevata: Lombardia: 92,42%; Veneto: 89,99%; Emilia Romagna: 87,81%; Umbria: 86,98%. Con una percentuale di utilizzazione inferiore, ma pur sempre elevata, si collocano: Toscana: 79,97%; Puglia: 79,79%; Lazio: 78,76% (in controtendenza rispetto a quanto realizzato nella radioterapia); Sicilia: 73,03%. Ad un livello inferiore: Piemonte: 69,44%; Marche: 66,13%; Valle d'Aosta: 65,91%; Campania: 55,62%. Particolarmente scarsa l'utilizzazione dei fondi per: Abruzzo: 5%; Sardegna: 10,91%; ma anche per: Liguria: 30,78%; Calabria: 35,92%; Friuli V.G.: 37,77% e Basilicata: 38,74%.

La tabella 9 mostra la ripartizione tra le regioni delle strutture residenziali per cure palliative (i cd. *hospice*) attuate. Sul totale programmato di 201 ne sono state attivate 52, con finanziamenti statali (l. 39/99) e 39 con altre forme di finanziamento, che rappresentano complessivamente solo il 45,8%. Si rileva che 5 regioni (peraltro tutte del centro-nord, 4 del nord e una del centro) totalizzano il 54,7% delle strutture attivate, con 1168 posti letto (52,3% del totale). Tra le regioni meridionali la Sicilia ha il numero più elevato di strutture attivate: 17 con 192 posti letto. Dalle informazioni ricevute dal MdS è emerso che si prevede che in tempi brevi sia attivato un numero elevato di nuove strutture. Il ritardo nell'utilizzo dei fondi è attribuito al “riallineamento” dei progetti in relazione alle mutate esigenze emerse, ai tempi di approvazione dei progetti da parte delle Autorità regionali, ai tempi dei procedimenti ad evidenza pubblica per l'effettuazione delle gare per la scelta delle ditte appaltanti dei lavori. Comunque il ritardo nella realizzazione di queste strutture da parte delle regioni meridionali si va attenuando, come si desume dalle erogazioni di finanziamenti a seguito di richieste da parte di queste regioni.