

controllo), è stato adottato il decreto legislativo 194 del 19 novembre 2008. Il decreto ridefinisce gli importi delle tariffe, introducendone di nuove su alimenti e prodotti in precedenza esenti, nonché su alcune attività della filiera alimentare oggetto di verifiche sanitarie, in passato finanziate mediante il ricorso alla fiscalità generale.

Il provvedimento non è operativo. Manca infatti il decreto ministeriale, da adottare di concerto con il Ministro dell'economia e finanze, per l'individuazione delle modalità tecniche di versamento delle tariffe e per la definizione della modulistica per la rendicontazione delle somme riscosse ai sensi del d.lgs 194/2008. Difficoltà ha incontrato la scelta del Governo di avvalersi della facoltà, prevista dal regolamento comunitario, di estendere l'obbligo del pagamento di contributi da parte degli operatori, diversi da quelli dei settori di alimenti di origine animale, al fine di coprire i costi sostenuti per l'effettuazione dei controlli ufficiali in materia di sicurezza alimentare<sup>54</sup>.

Per far fronte ad emergenze a seguito di importazione di alimenti da Paesi terzi (USMAF), nell'anno 2008 sono stati intensificati i controlli all'importazione di alimenti provenienti dalla Cina anche sulla scorta dell'allerta internazionale per la presenza del contaminante melamina<sup>55</sup>. Nel corso dell'ultimo trimestre 2008 sono state sottoposte al controllo 1587 partite. I controlli analitici sono stati 214.

In tema di sicurezza alimentare è stato predisposto il Piano Nazionale integrato dei controlli 2008 ai sensi del Regolamento CE 882/2004. Sono state svolte le programmate attività di controllo sulle imprese alimentari.

Ancora in corso la raccolta dei dati dell'attività svolta sul territorio in base al modello allegato alle linee guida applicative dei Regolamenti CE 854/2004 ed 882/2004. Il sistema RASSF ha gestito le comunicazioni del sistema di allerta comunitario.

In materia di nutrizione, è stata svolta una attività di preparazione del materiale informativo relativo alla promozione di una corretta alimentazione (consumo di frutta e verdura, dieta varia e bilanciata ecc.). Tale materiale ha riguardato la iodoprofilassi (attività di promozione del sale iodato nei canali di distribuzione nella trasformazione alimentare); la celiachia (sono stati acquisiti dalle Regioni i dati aggiornati relativi al numero dei soggetti malati, numero delle mense, attività di formazione del personale alimentarista ed è stata presentata la prima Relazione annuale al Parlamento sulla malattia celiaca); la ristorazione collettiva con particolare riferimento a quella scolastica; l'allattamento al seno (si è proceduto con il d.m. 18 aprile 2008 alla istituzione del Comitato nazionale multisettoriale con funzioni di proposta e orientamento allo scopo di facilitare il buon funzionamento di una rete nazionale di protezione, promozione e sostegno dell'allattamento materno).

Relativamente agli Istituti Zooprofilattici Sperimentali, va ricordato il disegno di legge in discussione al Senato (A.S. 1167), che prevede una delega al Governo per la riorganizzazione di vari Enti, tra i quali, gli Istituti zooprofilattici sperimentali, nonché la ridefinizione del rapporto di vigilanza del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali sugli stessi in una logica di semplificazione della struttura amministrativa e razionalizzazione dei costi di funzionamento. I dieci Istituti, creati con legge 503/1970 risultano disciplinati dalla normativa di riordino di cui al d.lgs. 270/1993, che demanda alle Regioni competenti l'adozione delle

<sup>54</sup> Il regolamento 882/2004 CE ha lasciato agli Stati membri la facoltà di riscuotere tasse o diritti a copertura dei costi per i controlli ufficiali per la maggior parte delle attività di produzione e commercializzazione di alimenti.

<sup>55</sup> Non sono ammessi all'importazione tutti i prodotti che, contenenti latte in qualsiasi concentrazione, siano destinati all'alimentazione per l'infanzia, sono controllati analiticamente il 100 per cento dei prodotti che contengano latte in qualsiasi concentrazione o che siano derivati dalla soia; sono controllati a campione, nella misura del 10 per cento delle partite in ingresso, tutti gli alimenti che risultino ad elevato o significativo tenore proteico. Per meglio concentrare il controllo su tali importazioni sono stati individuati, come punti di ingresso, gli Uffici di Sanità Marittima Aerea e di Frontiera considerati più rilevanti (Genova, Milano Malpensa, Napoli, Fiumicino, Trieste, Venezia).

disposizioni applicative. L'inadempienza di talune Regioni ha, tuttavia, impedito la realizzazione di un assetto uniforme, sotto il profilo organizzativo e funzionale. L'IZS della Campania e della Calabria, l'IZS dell'Abruzzo e del Molise e l'IZS della Puglia e della Basilicata risultano tuttora assoggettati al regime previgente al d.lgs. 270/1993.

Nel corso del 2008 è stata data attuazione alla legge n. 296/2006 (art. 1, comma 566), che autorizza gli IZZSS alla stabilizzazione del personale precario in possesso di determinati requisiti. Con il d.i. del 6 maggio 2008 sono state definite, sentiti gli IZZSS, le attività da svolgere, nonché i criteri e i parametri di distribuzione agli stessi di quota parte dello stanziamento previsto (rimane in attesa del parere del Consiglio di Stato la richiesta circa la possibile estensione della procedura di stabilizzazione altresì al personale precario di qualifica dirigenziale). Nel 2008 sono state stabilizzate 682 unità. L'importo previsto dalla legge n. 3/2001 è stato rideterminato a tal fine dalla legge n. 296/2006 in 30,3 milioni e dalla legge n. 244/2007 in 35,3 milioni.

#### 3.5.4. Programmazione sanitaria e livelli essenziali di assistenza

Le priorità riferibili al programma si distinguono tra quelle riconducibili alla riorganizzazione e qualificazione dei servizi sanitari, alla riorganizzazione della spesa sanitaria, all'informatizzazione, alla formazione del personale e alla comunicazione. Alla prima area di intervento appartengono le attività svolte per l'individuazione di modelli organizzativi per assicurare, attraverso un miglioramento dell'appropriatezza clinica ed organizzativa, il miglioramento dei servizi e la riduzione dei tempi di attesa. Le iniziative previste mirano al superamento dei divari territoriali nella qualità dei servizi resi, soprattutto in campo oncologico e delle malattie rare, e al potenziamento della vigilanza e controllo sul doping.

Sono riferibili, invece, alla seconda area le attività di affiancamento previste per le Regioni che hanno sottoscritto Piani di rientro ed il monitoraggio degli stessi (verifica delle misure predisposte nei diversi stadi del processo previsto); il completamento del Nuovo Sistema Informativo Sanitario, con lo sviluppo di sistemi integrati di reti sia a livello nazionale che internazionale (il cui finanziamento non rientra nel programma, essendo previsto invece nella missione 32.3 Servizi e affari generali), rappresenta da questo punto di vista un elemento indispensabile di completamento dell'attività di monitoraggio e garanzia. Non meno funzionali ad un efficiente uso delle risorse sono, da un lato, le azioni dirette alla formazione e qualificazione del personale (finalizzate tra l'altro alla istituzione di una scuola di formazione) e, dall'altro, gli interventi di comunicazione istituzionale per la promozione della salute.

Alla programmazione sanitaria vanno il 12,3 per cento degli stanziamenti. Di questi, il 54,3 per cento è costituito da trasferimenti ad Amministrazioni pubbliche: alle Regioni, per progetti realizzativi del Piano Sanitario Nazionale (60,5 milioni, capitolo 2404) e per il finanziamento di tecniche di procreazione medicalmente assistita (6,8 milioni), e all'Agenzia dei servizi sanitari (5,6 milioni).

Tra i consumi intermedi, che rappresentano il 13 per cento della spesa (17,4 milioni), 8 milioni sono destinati alle attività di verifica e di controllo dell'assistenza sanitaria svolte anche avvalendosi di esperti o società di ricerca operanti nel campo della valutazione (somma impegnata per 6,7 milioni nell'anno) mentre 5 milioni sono destinati alle Regioni per il cofinanziamento di progetti regionali attuativi del Piano sanitario nazionale. Nell'esercizio sono stati, inoltre, stanziati 7 milioni (da trasferire alle Regioni) per la realizzazione di strutture dedicate all'assistenza palliativa e riscritti in bilancio 29 milioni per il pagamento di interventi in conto capitale andati in perenzione.

Tavola 3.5.4

## Missione “Tutela della salute” -Programma 3 – Programmazione sanitaria e livelli essenziali di assistenza

Stanziamanti iniziali e definitivi 2008

Categorie economiche	programma 3 Programmazione sanitaria e livelli essenziali di assistenza (migliaia)		totale missione salute (migliaia)		Peso del Programma sul totale Missione		Composizione Programma	
	Stanziamanti iniziali di competenza	Stanziamanti definitivi di competenza	Stanziamanti iniziali di competenza	Stanziamanti definitivi di competenza	Stanziamanti iniziali di competenza	Stanziamanti definitivi di competenza	Stanziamanti iniziali di competenza	Stanziamanti definitivi di competenza
REDDITI DA LAVORO DIPENDENTE	6.740	7.358	90.113	96.173	7,5	7,7	7,1	5,5
CONSUMI INTERMEDI	15.792	17.368	109.560	135.027	14,4	12,9	16,6	12,9
IMPOSTE PAGATE SULLA PRODUZIONE	518	560	5.922	6.200	8,7	9,0	0,5	0,4
TRASFERIMENTI CORRENTI AD AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE	72.132	72.882	190.220	228.533	37,9	31,9	75,8	54,3
TRASFERIMENTI CORRENTI A FAMIGLIE E ISTITUZIONI SOCIALI PRIVATE			512.390	540.102				
TRASFERIMENTI CORRENTI A ESTERO			19.077	19.075				
INVESTIMENTI FISSI LORDI E ACQUISTI DI TERRENI	27	125	259	577	10,4	21,7	0,0	0,1
CONTRIBUTI AGLI INVESTIMENTI		6.948	0	6.948		100,0	0,0	5,2
CONTRIBUTI AGLI INVESTIMENTI AD IMPRESE		0	0	0				
ALTRI TRASFERIMENTI IN CONTO CAPITALE		28.964	119	29.083	0,0	99,6	0,0	21,6
TOTALE	95.210	134.206	927.660	1.061.719	10,3	12,6	100,0	100,0

Fonte: elaborazioni Corte dei conti su dati Rgs

*Gli obiettivi operativi*

Gli obiettivi operativi posti all'attività amministrativa per l'anno 2008 e riferiti al programma sono riconducibili a quattro tipologie. La prima attiene all'adeguamento delle strutture informative (monitoraggio degli interventi per le autosufficienze, prosecuzione del Nsis in aderenza a quanto previsto del PSN 2006-2008), la seconda alle caratteristiche del servizio (sicurezza delle cure, logistica ospedaliera), la terza al monitoraggio della spesa e la quarta alla gestione degli accessi alla dirigenza sanitaria. Delle prime due si riferisce più oltre nell'ambito della analisi relativa al sistema informativo sanitario; dell'attività relativa al monitoraggio dei risultati economici e del rispetto dei LEA si è già riferito in precedenza.

Sono continuate le attività destinate allo sviluppo del programma nazionale per la Promozione permanente della Qualità nel Servizio Sanitario Nazionale – PROQUAL. Il programma è finalizzato a promuovere la qualità delle prestazioni e dei servizi per migliorare i livelli di salute ed il soddisfacimento dei bisogni della popolazione, in un contesto di sicurezza, partecipazione e responsabilità condivisa. Progressi in tale direzione possono determinare una riduzione degli sprechi e dei costi, con un recupero di efficienza.

Una attività diretta a creare una cultura della sicurezza dei pazienti e delle cure, mediante lo sviluppo di percorsi formativi e il miglioramento dell'informazione e a delineare il concetto di livelli essenziali di sicurezza realizzando strumenti d'implementazione della sicurezza delle

cure attraverso appositi programmi attuati con talune Aziende del SSN. In tale ambito sono state approfondite le problematiche dei c.d. Eventi Sentinella, mediante la raccolta di dati attuata con Sistema Informatico per il Monitoraggio degli Errori in Sanità. La messa a regime di un sistema di sorveglianza del rischio clinico e dei servizi di ingegneria clinica ha portato all'adozione dell'Intesa Stato Regioni del 20 marzo 2008.

L'attività di monitoraggio delle Liste di attesa per l'erogazione di prestazioni sanitarie realizzato sulla base del Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa (PNCTA), così come ripreso nei Piani Regionali (PRCTA), iniziata a fine 2008 non è ancora conclusa.

L'”*Adeguamento e revisione della normativa concorsuale per l'accesso alla dirigenza del SSN*” è uno degli obiettivi operativi attribuiti all'Amministrazione nel 2008. Esso ha richiesto l'individuazione dei criteri e dei requisiti per l'accesso ai concorsi della dirigenza del SSN e la predisposizione della bozza di Accordo Stato-Regioni sull'adeguamento e la revisione della normativa concorsuale.

Nello sviluppo del programma è emersa la opportunità di intervenire con un provvedimento *ad hoc* per il personale degli Istituti Zooprofilattici e provvedere ad una sollecita copertura dell'organico con qualifica di “ricercatore” in tali Istituti. E' stata pertanto predisposta la bozza del provvedimento specifico per tali strutture.

#### *Le principali attività di rilievo*

Particolare attenzione meritano i progressi compiuti nella *rilevazione dei costi dei livelli essenziali di assistenza*. Fondamentale supporto nella valutazione del rispetto dei livelli essenziali delle prestazioni e nella definizione dei meccanismi di funzionamento del nuovo sistema di finanziamento delle amministrazioni decentrate dovrà essere assicurato da un adeguato e credibile sistema informativo. A questo riguardo va rilevato che una delle attività del Comitato LEA, in sede di valutazione degli adempimenti regionali in materia di obblighi informativi, è quella di verifica della qualità dei dati, condotta mettendo a raffronto alcune voci del CE (conto economico) con le voci del modello LA (rilevazione dei costi per Livelli di Assistenza).

L'Amministrazione ha al riguardo rilevato un generalizzato miglioramento nella compilazione del modello LA ed una sostanziale coerenza con il modello CE (fatta eccezione ancora per il Molise, per la quale esistono discordanze, ed il Lazio, che non ha trasmesso al NSIS il modello relativo al consolidato regionale).

Sempre in sede di Comitato LEA, si svolge la verifica del rispetto dell'obbligo regionale di adozione della *contabilità analitica* per centri di costo e responsabilità, così come previsto dal d.lgs. 502/1992 e ribadito dall'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 (art. 3, comma 7). Tale tipo di rilevazione sistematica, volta alla determinazione dei costi, dei ricavi, dei risultati analitici della produzione aziendale secondo la natura e la destinazione degli stessi, contribuisce essa stessa alla corretta compilazione del flusso relativo ai Livelli di assistenza.

L'azione esercitata dall'amministrazione centrale (anche avvalendosi della collaborazione di esperti del SiVeAS nell'ambito dell'obiettivo “*Attuazione di un sistema di monitoraggio con adeguati indicatori*”) costituisce un impulso fondamentale per l'adozione di un sistema di rilevazione soddisfacente, ancora più necessario oggi in vista della definizione del federalismo fiscale. La compilazione del modello LA, finora non è stata infatti supportata da un adeguato sistema regionale di contabilità analitica. Per una efficace applicazione dei costi standard è necessario sensibilizzare le Regioni ad un'implementazione dei sistemi di controllo e di contabilità analitica, oltre che colmare i dati mancanti sui flussi informativi gestionali.

Solo di recente (marzo 2009), è stato avviato presso il Dipartimento degli Affari Regionali un Tavolo tecnico interistituzionale (Regioni-MEF e Ministero della salute) che

dovrebbe analizzare i costi standard delle prestazioni essenziali. In ambito SiVeAS, è stato previsto sull'argomento un incarico specifico per un centro universitario<sup>56</sup>. Il progetto prevede la individuazione di "best practice" regionali per i diversi livelli di assistenza sulla base di indicatori selezionati e il calcolo dei rispettivi costi, da utilizzare per la successiva stima dei costi standard e dei corrispondenti livelli di fabbisogno finanziario nelle singole Regioni.

Va ricordato che il Nuovo Patto sulla Salute prevede la messa a regime di un'attività ordinaria di monitoraggio dei costi standard, da effettuarsi ogni anno e da inserire nella Relazione sullo stato sanitario del Paese da sottoporre al Parlamento entro il mese di novembre. Dal monitoraggio dei costi potrebbe conseguire un confronto tra Stato e Regioni, e tra le Regioni stesse, teso ad avviare un'analisi ed una valutazione comparata delle esperienze regionali rispetto all'esigenza prioritaria di garantire la piena applicazione dei LEA.<sup>57</sup>

Con lo schema di decreto inviato per l'Intesa alla Conferenza Stato Regioni il 3 aprile 2009 è stata data attuazione all'aggiornamento delle *tariffe delle prestazioni sanitarie*, così come previsto dall'art. 79, comma 1-quinquies del DL 112/2008 convertito nella legge n. 133/2008.

Il decreto fissa i valori tariffari per le prestazioni ospedaliere per acuti, distinti per i ricoveri ordinari di durata superiore ad 1 giornata, quelli ordinari di durata pari a 0-1 giorno e quelli diurni, prevedendo la tariffa per accesso (nel caso dei DRG medici) e la tariffa per episodio di ricovero (per i DRG chirurgici e le giornate di ricovero ordinario oltre valore soglia). I valori tariffari sono stati determinati sulla base dei risultati di uno studio nazionale per la attribuzione dei costi ospedalieri ai DRG. Nella determinazione dei valori si è adottato un metodo di *determinazione dei costi per DRG "a cascata"*, attribuendo i costi ospedalieri rilevati dai sistemi di contabilità generale e analitica esistenti e classificati per macro-voci ai ricoveri classificati per DRG. Sono stati utilizzati i *dati di costo e di attività* necessari a tal fine, *rilevati* presso un *campione di ospedali* del SSN selezionati sulla base di criteri di *efficienza, efficacia, qualità ed appropriatezza* dell'assistenza erogata<sup>58</sup>.

Per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale sono stati, invece, utilizzati i dati sui costi già resi disponibili dalle Regioni e i risultati dell'analisi della variabilità tariffaria regionale<sup>59</sup>.

<sup>56</sup> Laboratorio di Management Sanitario, Scuola S. Anna, Pisa.

<sup>57</sup> Nella definizione di un percorso di passaggio ai costi standard va considerato tuttavia che, sin dall'Accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001, è stato garantito il passaggio da un sistema di finanziamento della spesa sanitaria basato sui valori storici ad un sistema agganciato ad un livello di fabbisogno valutato come rapporto ottimale rispetto al Pil. Una quota dell'assegnazione annuale (inizialmente fissata al 4-5 per cento e poi fissata al 3 per cento) viene considerata premiale e quindi effettivamente erogata solo a seguito di una verifica annuale che attiene sia il mantenimento dell'equilibrio di bilancio, che l'erogazione effettiva dei Livelli essenziali di assistenza. Il Governo e le Regioni individuano annualmente un livello di fabbisogno predefinito al cui finanziamento concorre lo Stato, nel rispetto della piena erogazione dei LEA e compatibile con le risorse finanziarie pubbliche rese disponibili nel quadro degli impegni assunti dallo Stato a livello europeo in materia di finanza pubblica.

Le logiche di finanziamento finora seguite prescindono dalla loro puntuale parametrizzazione alla verifica dell'effettivo costo dei Livelli Essenziali di Assistenza in condizioni di efficienza ed appropriatezza. Una loro valutazione è stata operata solo in termini marginali in occasione della proposta di modifica dei LEA, dettata dall'esigenza di introdurre nuove prestazioni nell'ambito dei LEA e valutarne l'impatto finanziario aggiuntivo.

<sup>58</sup> Sulla base del sistema italiano dei pesi relativi dei DRG sono stati ricalcolati i costi per DRG, con riferimento al costo medio dei ricoveri osservato negli ospedali del campione: normalizzato, in analogia alla normalizzazione effettuata sui pesi relativi, e corretto per tenere conto: (i) del più elevato livello di complessità e di severità della casistica trattata, nonché di appropriatezza organizzativa, che caratterizzano le strutture incluse nel campione rispetto alla generalità degli ospedali del SSN, in gran parte ancora in fase evolutiva e tuttora connotati da ampi margini di inappropriata ed inefficienza, (ii) dell'impatto delle innovazioni tecnologiche intervenute tra 2005 e 2009, nonché (iii) dell'esigenza di garantire il rispetto del vincolo di bilancio e delle compatibilità macroeconomiche dettate sia dalla normativa, sia dal contesto vigenti nell'attuale fase del SSN.

<sup>59</sup> L'analisi delle politiche tariffarie regionali, ha evidenziato una ampia variabilità, relativa anche alla definizione stessa delle prestazioni incluse nei nomenclatori tariffari regionali, oltre che ai livelli tariffari. L'analisi della variabilità tariffaria tra Regioni ha peraltro confermato come le logiche di revisione tariffaria non siano strettamente ed unicamente correlate ad analisi dei costi, ma anche a scelte di politica sanitaria regionale di perseguimento di obiettivi di incentivo/disincentivo dell'erogazione di determinate categorie di prestazioni (al fine di migliorare l'appropriatezza nell'uso delle strutture) agli esiti di negoziazioni con categorie di professionisti e di erogatori, e all'entità delle risorse rese disponibili dalle scelte allocative regionali per questo settore di attività assistenziale.

Di particolare rilievo l'attività di *monitoraggio dello stato di attuazione della legge n. 120/2007* concernente l'attività intramoenia, di cui si dà conto nel rapporto annuale basato sull'attività di rilevazione e di analisi dei dati condotta dall'Osservatorio nazionale per l'attività libero-professionale<sup>60</sup>.

I dati raccolti hanno messo in evidenza i limitati risultati ottenuti nel superamento della cosiddetta "intramoenia allargata" prevista dal d.lgs. 254/2000 nelle more della realizzazione di idonei spazi aziendali. E' stata evidenziata la difficoltà, da parte delle regioni, di ultimare gli interventi di ristrutturazione edilizia ammessi a finanziamento entro il termine del 31 gennaio 2009 (solo 3 Regioni risultano pienamente adempienti).

Per quanto concerne la garanzia di riscossione degli onorari relativi alle prestazioni erogate sotto la responsabilità dell'azienda, 8 Regioni risultano inadempienti, 3 parzialmente adempienti e solo 8 totalmente adempienti; riguardo alla deliberazione di un tariffario in accordo con i professionisti ed idoneo ad assicurare l'integrale copertura dei costi — direttamente o indirettamente correlati alla gestione dell'attività intramuraria (ivi compresi quelli connessi alle attività di prenotazione e di riscossione degli onorari) 12 Regioni risultano adempienti, 2 parzialmente adempienti e 5 inadempienti.

Sei Regioni non hanno ancora individuato alcuna misura diretta ad assicurare, in accordo con le organizzazioni sindacali, il passaggio al regime ordinario del sistema dell'attività libero-professionale intramuraria della dirigenza sanitaria, medica e veterinaria (e del personale universitario di cui all'art. 102 del DPR 11 luglio 1980, n. 380).

Tutte le realtà territoriali hanno definito i tempi massimi di attesa, ma 7 di esse non risultano adempienti per quanto concerne la garanzia dell'allineamento dei tempi di erogazione delle prestazioni nell'ambito dell'attività istituzionale ai tempi medi di quelle rese in regime di libera professione (e 1a Regione è solo parzialmente adempiente).

Come rilevato in precedenza, la legge n. 189/2008 ha prorogato al 31 dicembre 2012 il termine per il completamento degli interventi di ristrutturazione edilizia ed al 31 gennaio 2010 il termine per il superamento dell'intramoenia allargata.

Nell'esercizio, con d.m. del 23 dicembre 2008, sono state impegnate le risorse stanziata sul capitolo 2404 per un importo di 60,5 milioni (una somma di egual ammontare è stanziata anche per il 2009) per la realizzazione dei *progetti regionali* destinati alla sperimentazione del modello assistenziale Casa della Salute (30,5 milioni), alle malattie rare (5 milioni), all'implementazione delle reti delle unità spinali e delle strutture per pazienti gravi cerebrolesi (5 milioni), all'attuazione del patto per la salute e la sicurezza sui luoghi di lavoro (10 milioni), alla promozione di attività di integrazione tra dipartimenti di salute mentale e ospedali psichiatrici giudiziari (5 milioni) e all'attuazione del documento programmatico "Guadagnare salute - rendere facili le scelte salutari" (5 milioni). Con decreto ministeriale del 25 febbraio 2009 è stato assegnato, previa intesa con la Conferenza Stato - Regioni, il fondo di 60,5 milioni di euro impegnato nell'esercizio 2007.

#### *Il sistema informativo sanitario*

E' proseguito nell'anno lo sviluppo del sistema informativo sanitario. Ad esso sono destinati nell'esercizio finanziario risorse rilevanti: oltre 29 milioni, in termini di stanziamenti definitivi (capitolo 2200), a cui si aggiungono 1,2 milioni (capitolo 7121).

<sup>60</sup> L'Osservatorio è stato istituito con d.m. 22 gennaio 2008, da ultimo modificato con decreto in data 15 luglio 2008.

Concluso ad agosto 2008 il contratto di gestione del sistema informativo sanitario<sup>61</sup>, è stato nell'anno stipulato un apposito contratto con lo stesso RTI uscente per regolare le attività di trasferimento dei sistemi in carico al nuovo fornitore selezionato con gara europea conclusa nel settembre 2007.

Il nuovo contratto comprende anche le attività di gestione e manutenzione del Sistema Informativo per i servizi Trasfusionali (SISTRA), che opera a favore dei Centri responsabili (Centro nazionale Sangue e Centro Nazionale Trapianti), dislocati presso l'Istituto Superiore di Sanità<sup>62</sup>.

E' stata avviata nell'anno la gara per il contratto di consulenza direzionale a supporto della cabina di regia scaduto il 13 aprile. In attesa del nuovo contratto, sono state richieste proroghe sempre nell'ambito dell'aumento delle prestazioni per gli effetti del quinto e del sesto di obbligo.

Come ogni esercizio, anche per il 2008 una parte non indifferente degli oneri, è stata poi utilizzata per assicurare il rinnovo delle svariate licenze informatiche necessarie all'operatività dei sistemi informativi<sup>63</sup>.

Il potenziamento del sistema informativo sanitario rappresenta un elemento fondamentale per migliorare le capacità di analisi per le finalità di monitoraggio dei LEA, di valutazione dell'appropriatezza e, più in generale, di valutazione, controllo e programmazione dell'assistenza sanitaria.

Nell'ambito dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 (art. 3) è stato assegnato al NSIS il ruolo di definizione e di adeguamento dei contenuti informativi e delle modalità di

<sup>61</sup> I contratti sono stati stipulati nel corso del 2002 e 2003 a seguito di pubbliche gare in ambito europeo. Il contratto di conduzione funzionale del SIS, di durata quinquennale, è scaduto il 1 agosto 2008, mentre il contratto di consulenza direzionale, già scaduto alla data del 10 luglio 2005, è stato rinnovato in data 13 aprile 2005 per ulteriori tre anni, ai sensi del comma 186 dell'art. 1 della legge n. 311 del 2004 (legge finanziaria per il 2005), il quale statuisce che "Nell'ambito delle attività dirette alla definizione e implementazione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), il Ministero della Salute, anche ai fini del controllo e monitoraggio della spesa per la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica, garantisce in ogni caso la coerente prosecuzione delle azioni in corso con riduzione della spesa per il rinnovo dei contratti per la fornitura di beni e servizi afferenti al funzionamento del NSIS nella misura di cinque punti percentuali, salva la facoltà di ampliare i servizi richiesti nel limite dell'ordinario stanziamento di bilancio".

Il contratto deriva dall'art. 31 del Contratto base che prevede espressamente, tra l'altro, che "a far data dalla scadenza del presente Contratto, ovvero dalla risoluzione o scioglimento del medesimo, intervenuti per qualsivoglia ragione o causa, l'Appaltatore si impegna a fornire l'assistenza necessaria e utile all'ordinato trasferimento delle attività oggetto del presente Contratto verso eventuali soggetti terzi designati dall'Amministrazione", e che ciò avvenga in virtù di un piano di trasferimento ("Piano di Trasferimento"), redatto in conformità di quanto indicato nel Capitolato di gara, Appendice "F". Esso ammonta ad euro 599.560,79.

Attraverso una gara europea il 3 settembre 2007, si è pervenuti alla stipula del contratto di appalto, di durata quinquennale con un Raggruppamento temporaneo di Imprese che vede come mandataria capogruppo la Società ACCENTURE S.p.a., e come mandanti le società ALMAVIVA S.p.a., ENGINEERING Italia S.p.a., e TELECOM Italia S.p.a.. Con il nuovo contratto stipulato si puntava a ricondurre ad unità le attività prima formalmente distinte, di gestione e di sviluppo. Lo stanziamento corrispondente all'anno 2008, già oggetto di impegno pluriennale, corrisponde ad euro 11.806.648, al lordo dell'IVA.

<sup>62</sup> Anche in questo caso è stato fatto ricorso ad alcune estensioni del contratto in scadenza, che sono state condotte nei limiti di cui all'art. 11 della legge di contabilità generale dello Stato (c.d. quinto di obbligo), soprattutto per operare un riallineamento delle prestazioni richieste all'appaltatore con i flussi finanziari previsti, come massimali, per le singole voci di intervento e che risultavano, per talune di esse a rischio di prematura saturazione (vedi soprattutto il supporto tecnico specialistico, e le attività di manutenzione evolutiva e correttiva). L'attività di monitoraggio sull'esecuzione del contratto ha evidenziato che le risorse relative alle voci contrattuali "sviluppo e manutenzione software" e "Servizio tecnico Specialistico" necessitavano di un incremento, atteso che le stesse erano prossime ad esaurirsi per le rilevanti esigenze di evoluzione e mantenimento dei sistemi informativi dell'Amministrazione.

<sup>63</sup> Si tratta di licenze informatiche il cui scopo consiste nel rendere fruibili agli operatori l'accesso ad alcuni applicativi di particolare rilievo come il sistema di rilevazione delle presenze, od il protocollo informatico (licenze Business Objects, Oracle, I.B.M., Trust, Mc Afee, Windows, Office, Etnoteam, Data Management) ed aventi costi fissi. I costi sono pari a circa due milioni/anno.

alimentazione alle esigenze di monitoraggio sanitario. E' in questa ottica che, nel 2008, sono state svolte e condotte a termine (con l'emanazione di tre decreti istitutivi del 17 dicembre 2008) le istruttorie per la definizione del monitoraggio della assistenza residenziale e semiresidenziale per anziani e soggetti non autosufficienti; dell'assistenza domiciliare; dell'assistenza in Emergenza-urgenza relative alle prestazioni erogate da parte sia del Sistema 118, sia dei presidi ospedalieri.

Sono proseguiti nell'anno i lavori per la realizzazione del *Cruscotto NSIS*, per la condivisione di indicatori utili per esaminare la dinamica di alcune variabili chiave relative al patrimonio informativo disponibile e di quelli per la definizione del "Sistema di monitoraggio dei tempi di attesa" per le prestazioni di specialistica ambulatoriale<sup>64</sup>.

Sono stati poi predisposti due studi di fattibilità uno per il monitoraggio degli interventi per le non autosufficienze e l'altro per quelli di assistenza domiciliare<sup>65</sup>.

E' proseguita la fornitura delle informazioni necessarie per il *monitoraggio della spesa farmaceutica* prevista dall'art. 5 del DL 159/2007 convertito dalla legge n. 222/2007. E' diventato pienamente operativo il flusso informativo per il monitoraggio delle prestazioni farmaceutiche in distribuzione diretta e per conto, ed è stato predisposto il decreto di istituzione del flusso informativo per il monitoraggio dei consumi di medicinali in ambito ospedaliero, i cui adempimenti sono ricompresi per l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato.

Per l'alimentazione della banca dati di Tracciabilità del farmaco, nel corso del 2008 sono stati raccolti oltre 160.000 files firmati digitalmente, corrispondenti alla movimentazione di circa 4,4 miliardi di confezioni, movimentazioni relative alla distribuzione di medicinali verso depositi, grossisti, farmacie, ospedali pubblici e privati ed esercizi commerciali, localizzati sul territorio nazionale o destinati all'estero.

E' proseguita l'alimentazione della banca dati e del Repertorio dei dispositivi medici, istituita ai sensi del d.m. 20 febbraio 2007, uno strumento di rilievo per l'esercizio della vigilanza del mercato attribuito alla Direzione generale dei farmaci. Nel corso del 2008 sono state raccolte oltre 40.000 notifiche di dispositivi medici.

Nel 2008 sono proseguite le attività relative al progetto *Tessera sanitaria* (sistema per la rilevazione e la trasmissione telematica delle ricette di specialistica ambulatoriale e di assistenza farmaceutica; trasmissione telematica delle prescrizioni al Ministero dell'economia e

<sup>64</sup> E' stato ampliato il set degli indicatori relativi al contesto e al consumo, di quelli di qualità dal lato domanda e dal lato offerta. Sulla possibilità di adeguare ed arricchire le informazioni utilizzabili per la gestione del settore continua ad incidere il tema della privacy (permane infatti la necessità di individuare soluzioni che consentano, nell'ambito del livello nazionale del SSN, di ricondurre al paziente gli eventi sanitari che lo riguardano attraverso un codice identificativo univoco).

Per garantire informazioni affidabili e tempestive sulla rete di offerta sanitaria (in modo tale da consentire di analizzare fabbisogni e domanda rispetto alle prestazioni erogate) è stato costituito un gruppo di lavoro interistituzionale (Ministeri della sanità e dell'economia e Regioni) che stabilisce i criteri di rilevazione e classificazione delle strutture, in coerenza con quanto definito nell'ambito del progetto Mattone. Un prototipo del sistema di monitoraggio è stato sperimentato in 7 diverse realtà regionali nel secondo semestre 2008. A metà anno sono state svolte due ricognizioni per conoscere lo stato di attuazione dei Sistemi di Centro Unico di Prenotazione (CUP) e acquisire informazioni sui sistemi informativi regionali, ed in particolare sullo stato di realizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE).

L'indagine sui Sistemi CUP ha condotto alla predisposizione di linee di indirizzo nazionali per garantire l'uniformità delle funzioni rese disponibili dai sistemi CUP. Con la rilevazione sui Sistemi FSE è stata acquisita una informazione sia di carattere generale sulla dotazione dei sistemi informativi regionali, sia di dettaglio in merito alla componente Fascicolo Sanitario Elettronico.

<sup>65</sup> Per il monitoraggio delle prestazioni di assistenza domiciliare, sono state esaminate le esperienze regionali per la definizione di un sistema di classificazione delle prestazioni e per l'individuazione del processo per la rilevazione dei dati. L'analisi ha consentito la predisposizione del decreto 17 dicembre 2008, con cui sono state regolate le modalità ed i tempi di alimentazione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni di assistenza domiciliare, i cui adempimenti sono ricompresi per l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato.

delle finanze e dei certificati di malattia all'INPS in attuazione del dPCM 26 marzo 2008). Per l'attuazione delle disposizioni di cui all'articolo 79, comma 1-sexies, lettere a) e b) del DL 112/2008, concernente il potenziamento del controllo delle esenzioni per reddito alla compartecipazione della spesa sanitaria, sono state avviate, congiuntamente con il Ministero dell'economia, le attività propedeutiche alla definizione del decreto attuativo. L'Agenzia delle Entrate, tramite la Tessera sanitaria potrà fornire le informazioni utili a consentire la verifica del diritto all'esenzione per reddito.

Sono inoltre state attuate forme di sorveglianza del mercato legate sia ad eventi specifici di natura sanitaria (ad esempio l'emergenza eparine), sia a richieste delle forze dell'ordine e della magistratura, sia a verifiche legate ad azioni di contrasto a fenomeni di contraffazione. La Direzione ha inoltre richiesto controlli al Comando Carabinieri per la tutela della salute, nell'ambito della collaborazione in essere, per la verifica di situazioni anomale riferite agli adempimenti previsti ai sensi dell'art. 40 della legge n. 39/2002.

### 3.5.5. Regolamentazione e vigilanza in materia di prodotti farmaceutici ed altri prodotti sanitari ad uso umano

Gli interventi diretti ad assicurare il riordino del settore delle farmacie e la ridefinizione della figura professionale nell'ottica del pieno soddisfacimento delle esigenze sanitarie dei cittadini hanno rappresentato l'obiettivo prioritario dell'azione di questo programma.

Tavola 3.5.5

#### Missione "Tutela della salute" - Programma 4 - Regolamentazione e vigilanza in materia di prodotti farmaceutici ed altri prodotti sanitari ad uso umano

Stanziamanti iniziali e definitivi 2008

Categorie economiche	programma 4 Regolamentazione e vigilanza in materia di prodotti farmaceutici ed altri prodotti sanitari ad uso umano (migliaia)		totale missione salute (migliaia)		Peso del Programma sul totale Missione		Composizione Programma	
	Stanziamanti iniziali di competenza	Stanziamanti definitivi di competenza	Stanziamanti iniziali di competenza	Stanziamanti definitivi di competenza	Stanziamanti iniziali di competenza	Stanziamanti definitivi di competenza	Stanziamanti iniziali di competenza	Stanziamanti definitivi di competenza
REDDITI DA LAVORO DIPENDENTE	5.472	5.828	90.113	96.173	6,1	6,1	10,4	10,0
CONSUMI INTERMEDI	2.240	7.545	109.560	135.027	2,0	5,6	4,3	12,9
IMPOSTE PAGATE SULLA PRODUZIONE	425	448	5.922	6.200	7,2	7,2	0,8	0,8
TRASFERIMENTI CORRENTI AD AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE	44.127	44.293	190.220	228.533	23,2	19,4	84,2	75,9
TRASFERIMENTI CORRENTI A FAMIGLIE E ISTITUZIONI SOCIALI PRIVATE			512.390	540.102	0,0	0,0	0,0	0,0
TRASFERIMENTI CORRENTI A ESTERO			19.077	19.075	0,0	0,0	0,0	0,0
INVESTIMENTI FISSI LORDI E ACQUISTI DI TERRENI	50	100	259	577	19,2	17,3	0,1	0,2
CONTRIBUTI AGLI INVESTIMENTI			0	6.948		0,0	0,0	0,0
CONTRIBUTI AGLI INVESTIMENTI AD IMPRESE			0	0				
ALTRI TRASFERIMENTI IN CONTO CAPITALE	119	119	119	29.083	100,0	0,4	0,2	0,2
TOTALE	52.432	58.333	927.660	1.061.719	5,7	5,5	100,0	100,0

Fonte: elaborazioni Corte dei conti su dati Rgs

Alla regolazione e vigilanza in materia di prodotti farmaceutici ed altri prodotti sanitari va il 5,3 per cento degli stanziamenti finali della missione. Gli importi sono riconducibili a 3 categorie principali: trasferimenti a PA, consumi intermedi e personale. In termini di consumi intermedi, l'importo passa da 2,2 milioni degli stanziamenti iniziali a 7,5 milioni. Una variazione da ricondurre prevalentemente al capitolo 3016 (che cresce da 1,9 a 7,0 milioni) destinato a acquisto di beni e servizi.

In termini di trasferimenti a soggetti della PA, la quota maggiore va come contributo all'AIFA per 43,8 milioni.

Nell'ambito del Programma era richiesto all'amministrazione di "proseguire nell'attività di riordino del settore delle farmacie, per assicurare un servizio più efficiente al cittadino anche alla luce degli orientamenti comunitari". Nel corso del 2008 l'attività svolta ha mirato ad individuare, in accordo con i principali operatori, le tipologie di servizi che potrebbero essere resi ai cittadini valorizzando le farmacie territoriali (private e pubbliche), quale presidio del Sistema sanitario nazionale.

Gli elementi raccolti hanno condotto ad identificare i criteri di una delega (*"Delega al Governo in materia di nuovi servizi erogati dalle farmacie nell'ambito del Servizio sanitario nazionale nonché disposizioni concernenti i comuni con popolazione fino a 5000 abitanti"*), che è stata inserita in un disegno di legge (art. 11 dell'A.S. 1082-B in corso di approvazione).

Il contenuto normativo dovrà rispettare specifici criteri di delega: assicurare la partecipazione delle farmacie al servizio di assistenza domiciliare integrata a favore dei pazienti residenti nel territorio della sede di pertinenza di ciascuna farmacia; collaborare ai programmi di educazione sanitaria della popolazione realizzati a livello nazionale e regionale; realizzare campagne di prevenzione delle principali patologie a forte impatto sociale, anche effettuando analisi di laboratorio di prima istanza; consentire la prenotazione in farmacia di visite ed esami specialistici presso le strutture pubbliche e private convenzionate, anche prevedendo la possibilità di pagamento delle relative quote di partecipazione alla spesa a carico del cittadino e di ritiro del referto in farmacia.

### 3.5.6. Vigilanza, prevenzione e repressione nel settore sanitario

Solo lo 0,7 per cento delle somme sono invece destinate al programma 5. Si tratta di consumi intermedi (4 milioni) di cui 1,2 milioni per i laboratori, 0,8 milioni per automezzi in dotazione all'Arma dei Carabinieri per le attività affidate in tema di tutela della salute e 1,1 milioni per gli uffici per i nuclei antisofisticazioni. Solo tali somme sono state impegnate nell'anno. I 3,9 milioni relativi a stipendi ed altri assegni fissi per il potenziamento degli organici del corpo dei Carabinieri adibiti a sorveglianza, non sono stati impegnati.

**Tavola 3.5.6**

**Missione “Tutela della salute” - Programma 5 - Vigilanza, prevenzione e repressione nel settore sanitario**

Stanziameti iniziali e definitivi 2008								
Categorie economiche	programma 5 Vigilanza, prevenzione e repressione nel settore sanitario (migliaia)		totale missione salute (migliaia)		Peso del Programma sul totale Missione		Composizione Programma	
	Stanziameti iniziali di competenza	Stanziameti definitivi di competenza	Stanziameti iniziali di competenza	Stanziameti definitivi di competenza	Stanziameti iniziali di competenza	Stanziameti definitivi di competenza	Stanziameti iniziali di competenza	Stanziameti definitivi di competenza
REDDITI DA LAVORO DIPENDENTE	4.230	3.873	90.113	96.173	4,7	4,0	59,2	47,8
CONSUMI INTERMEDI	2.649	3.958	109.560	135.027	2,4	2,9	37,1	48,9
IMPOSTE PAGATE SULLA PRODUZIONE	270	270	5.922	6.200	4,6	4,4	3,8	3,3
TRASFERIMENTI CORRENTI AD AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE			190.220	228.533				
TRASFERIMENTI CORRENTI A FAMIGLIE E ISTITUZIONI SOCIALI PRIVATE			512.390	540.102				
TRASFERIMENTI CORRENTI A ESTERO			19.077	19.075				
INVESTIMENTI FISSI LORDI E ACQUISTI DI TERRENI			259	577				
CONTRIBUTI AGLI INVESTIMENTI			0	6.948				
CONTRIBUTI AGLI INVESTIMENTI AD IMPRESE			0	0				
ALTRI TRASFERIMENTI IN CONTO CAPITALE			119	29.083				
<b>TOTALE</b>	<b>7.149</b>	<b>8.101</b>	<b>927.660</b>	<b>1.061.719</b>	<b>0,8</b>	<b>0,8</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: elaborazioni Corte dei conti su dati Rgs

### 3.6. Gli investimenti in sanità

Nel corso del 2008 è proseguita l'attività dell'Amministrazione per la programmazione degli investimenti sanitari. Le somme destinate alla realizzazione di tali interventi non rientrano tra quelle considerate nella missione “Tutela della salute”, ma sono ricomprese in quella relativa agli investimenti pubblici. Sono invece considerati nella missione 20 solo gli oneri dovuti per retribuzioni e costi accessori dell'attività di coordinamento svolta dal Ministero della salute.

Le attività dell'anno hanno riguardato:

- la ripartizione delle risorse aggiuntive (2,425 miliardi) previste dalla legge finanziaria per il 2007 e l'avvio delle procedure per la predisposizione della proposta di riparto per gli ulteriori 3 miliardi stanziati dalla finanziaria per il 2008;

- la verifica di quanto programmato rispetto agli obiettivi e alla complessiva manovra definita con i Piani di rientro sottoscritti dalle Regioni in disavanzo strutturale;

- il monitoraggio dei risultati ottenuti con gli Accordi di programma, strumento utilizzato per la gestione della seconda fase degli interventi previsti dall'art. 20 della legge n. 67/1988<sup>66</sup>;

- la definizione, da parte del Nucleo di valutazione degli investimenti pubblici del Ministero della salute, delle modalità e procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità attraverso gli Accordi di programma, approvati dalla Conferenza Stato-Regioni in data 5 febbraio 2008;

- la verifica degli interventi finanziati a livello regionale per i quali la legge finanziaria 2006 all'art. 1, commi 310, 311 e 312, ha disposto la risoluzione degli Accordi di programma, con la conseguente revoca dei corrispondenti impegni di spesa, per quella parte la cui richiesta di ammissione al finanziamento non risultava presentata al Ministero della salute entro diciotto mesi dalla sottoscrizione degli Accordi medesimi. Le risorse rese così disponibili consentono alle Regioni, che non hanno ancora utilizzato l'intera quota a loro assegnata dalle citate Delibere CIPE, di sottoscrivere ulteriori Accordi di programma.

Per le attività di valutazione e di verifica dei piani e dei programmi di investimenti l'Amministrazione si è avvalsa dell'apposito Nucleo del Ministero della salute, costituito con d.m. 27 settembre 2000 in attuazione dell'art. 1 della legge n. 144/1999. Nell'anno è stato ricostituito il Nucleo del nuovo Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali con il d.m. 13 novembre 2008. Con il decreto è stata confermata l'attribuzione al Nucleo del parere obbligatorio sugli Accordi di Programma con le Regioni per l'utilizzo dei finanziamenti ex art. 20 della legge 67/1988 da sottoporre all'intesa della Conferenza Stato-Regioni; i documenti di riprogrammazione e di rimodulazione di interventi, da sottoporre all'esame dei Comitati istituzionali di Attuazione e di Gestione degli Accordi; i programmi di intervento e progetti relativi agli IRCCS, Policlinici Universitari, Istituti zooprofilattici, Ospedali classificati (art. 4, legge n. 412/1991); tutti gli interventi di realizzazione di nuovi ospedali e i progetti di ristrutturazione che superano il tetto di spesa dei 40 milioni. Il Nucleo supporta le Regioni in difficoltà e in ritardo rispetto all'attuazione dei programmi di investimento al fine di rafforzarne

---

<sup>66</sup> Gli Accordi di programma sono strumenti di programmazione negoziata attraverso la quale il Ministero della salute e le Regioni definiscono le priorità e gli obiettivi degli investimenti in infrastrutture sanitarie in coerenza con i Piani Sanitari Nazionali e Regionali, gli obiettivi e le modalità di avvio della seconda fase del citato programma di investimenti come definiti con la lettera circolare del Ministero della salute prot. 100/SCPS/6.7691 del 18 giugno 1997; i requisiti minimi strutturali e tecnologici definiti con il decreto del Presidente della Repubblica 14.01.1997, l'Intesa del 23 marzo 2005 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome, la legge n. 266 del 23 dicembre 2005, (legge finanziaria 2006) l'Intesa del 28 marzo 2006 (Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa 2006-2008) e l'Intesa del settembre 2006 (Patto sulla salute).

L'Accordo di programma si compone del Protocollo d'intesa, del documento programmatico, dell'articolato contrattuale e delle schede tecniche relative ai singoli interventi.

Il Protocollo d'Intesa definisce la convergenza sugli obiettivi politici contenuti nell'Accordo di programma e viene sottoscritto dal Ministro della salute e dal Presidente della Regione.

Il documento programmatico illustra la programmazione dei soggetti interessati e definisce le strategie e gli obiettivi generali e specifici degli investimenti in cui si colloca l'Accordo di programma. Esso indica puntualmente gli interventi che fanno parte dell'Accordo, nei limiti dell'impegno finanziario indicato nell'articolato contrattuale che definisce gli impegni delle parti. Tale impegno finanziario è all'interno delle risorse finanziarie disponibili nel bilancio dello Stato. La scheda tecnica riporta le informazioni principali di ciascun intervento contenuto nell'Accordo.

Per la stipula dell'Accordo di programma il soggetto interessato trasmette al Ministero della salute la relativa documentazione (documento programmatico, schede tecniche relative ai singoli interventi). Tale documentazione è sottoposta alla valutazione del Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici del Ministero della salute e, acquisito il prescritto parere, l'articolato contrattuale, il documento programmatico e le schede tecniche dei singoli interventi vengono trasmessi dal Ministero della salute al Ministero dell'economia e finanze per l'acquisizione del concerto e, successivamente, alla Conferenza Stato-Regioni al fine di acquisire la prevista intesa.

Sottoscritto l'Accordo, per l'attivazione dello stesso, la Regione chiede l'ammissione al finanziamento dell'intervento al Ministero della salute, che provvede con decreto dirigenziale. L'erogazione del finanziamento, che avviene per stati di avanzamento lavori, è di competenza del Ministero dell'economia e delle finanze che gestisce il relativo capitolo di spesa.

le capacità tecnico-amministrative, progettuali e manageriali, per garantire il superamento dei divari esistenti nel Paese.

Per il funzionamento del sistema di monitoraggio sulla base di metodiche condivise dalle Regioni e dal Ministero è continuato, nell'anno, il lavoro di costruzione dell'Osservatorio degli investimenti pubblici in sanità. Con l'Osservatorio l'amministrazione si propone di fornire uno strumento per la raccolta dei dati necessari durante il ciclo di vita degli investimenti, integrando le informazioni relative alle diverse fasi del processo e alle diverse linee di investimento e offrendo elementi utili alla programmazione e alla valutazione dei progetti di investimento. L'obiettivo principale dell'Osservatorio è, quindi, quello di fornire informazioni utili sia per orientare le scelte programmatiche, sia per verificare gli effetti delle ipotesi assunte nella definizione delle strategie.

Tali strumenti dovranno consentire di effettuare analisi comparative e di integrare le informazioni sugli investimenti con quelle relative alla Rete di Assistenza e al Monitoraggio dei Costi. Il raggiungimento dell'Accordo per la semplificazione delle procedure siglato il 28 febbraio 2008 a conclusione di un percorso iniziato in Conferenza Stato Regioni nel 2006, è stato seguito nei mesi successivi dal recepimento formale, attraverso singoli provvedimenti regionali, dei contenuti dell'Accordo.

Nel corso del 2009 è previsto sia completato il recupero dei dati relativi agli anni precedenti e andrà a regime l'utilizzazione dell'Osservatorio quale strumento ordinario di supporto alla gestione dei procedimenti.

Nel 2008 sono stati ripartiti, con la delibera CIPE numero 4 del 25 gennaio, i 2.425 milioni resi disponibili dalla legge finanziaria per il 2007 per gli investimenti in sanità ex art. 20 della legge 67/1988.

La delibera destina alle Regioni e alle Province autonome 2.375 milioni, riservando 5 milioni quale integrazione per la regione Umbria e accantonando 45 milioni quale riserva per interventi urgenti individuati dal Ministro della salute (successivamente ripartiti con delibera CIPE del 2 aprile 2008, n. 58).

Sulla base di quanto previsto all'art. 1, comma 796, lett. n), della legge finanziaria 2007, la deliberazione CIPE ha previsto una attribuzione vincolata delle somme ripartite: 500 milioni per la riqualificazione strutturale e tecnologica dei servizi di radiodiagnostica e di radioterapia di interesse oncologico con prioritario riferimento alle Regioni meridionali e insulari; 100 milioni per interventi per la realizzazione di strutture residenziali dedicate alle cure palliative con riferimento prioritario alle Regioni che abbiano completato gli interventi di cui al programma ex art. 1 della legge 39/1999 e che abbiano avviato programmi di assistenza domiciliare nel campo delle cure palliative; 100 milioni per implementazione e ammodernamento dei sistemi informatici delle Aziende sanitarie ed ospedaliere; 100 milioni per strutture di assistenza odontoiatrica.

Con la sentenza 45 del 2008 la Corte Costituzionale ha dichiarato l'illegittimità costituzionale della legge n. 296/2006 ove poneva vincoli di destinazione. Fermo restando il riparto in essa operato, il 18.12.2008 con la delibera 98/2008 il CIPE, in considerazione della pronuncia della Corte, ha eliminato la ripartizione delle risorse, mantenendo il riferimento alle tematiche come "indicazioni prioritarie" di cui le Regioni dovranno tenere conto, per quanto compatibile con la programmazione regionale e nazionale.

La ripartizione delle risorse tra Regioni e PP.AA. è ricostruita nella tabella 3.6.1 (colonna *h*).

Tabella 3.6.1

## Programma pluriennale di investimenti in sanità art. 20, Legge n. 67/1988 Situazione al 31 dicembre 2008 - Quadro riassuntivo - (in milioni)

REGIONI ED ENTI	Assegnazione art.20 I Fase del programma	Assegnazione art. 20 II Fase del programma Delibera CIPE n. 52 del 6/5/98	Tranche Assegnazione 1998 impegnati in sicurezza e completamenti Delibera CIPE n. 53 del 6/5/98 (di cui della colonna b)	Integrazione finanziamenti di cui alla legge n. 488/1998 per RADIOTERAPIA D.M. 28.12.2001	Integrazione finanziamenti di cui alla legge n. 388/2000 D.M. 08.06.2001 quota per LIBERA PROFESSIONE	Integrazione finanziamenti di cui alla legge n. 388/2000 Quota ripartita con Delibera CIPE n.65 del 02.08.2002	Risorse destinate ad ACCORDI DI PROGRAMMA	Risorse integrative L. Finanziaria 2007 (ripartite con delibera CIPE n. 98/2008)	Risorse integrative L. Finanziaria 2008 (ripartite con delibera CIPE n. 97/2008)
	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)	(g=(b-c)+f)	(h)	(i)
Piemonte	313,8	678,3	79,7	1,0	60,4	98,6	697,2	166,4	185,4
Valle D'Aosta	14,7	31,9	4,5	0,0	1,4	4,1	31,5	5,6	6,7
Lombardia	578,8	1201,1	129,6	1,7	132,5	269,8	1341,2	317,1	414,3
P.A. Bolzano	33,9	73,2	12,9	0,1	0,0	7,4	67,7	21,5	25,9
P.A. Trento	36,9	79,7	28,9	0,1	8,4	20,1	70,9	22,6	27,2
Veneto	289,0	624,6	93,3	0,9	62,0	144,2	675,6	155,5	205,2
F. Venezia Giulia	96,2	207,9	26,3	0,3	0,0	13,1	194,7	43,7	52,9
Liguria	158,6	339,1	28,1	0,5	39,2	29,3	340,3	69,7	83,5
E. Romagna	299,4	614,1	146,8	0,9	87,2	109,1	576,3	163,6	207,2
Toscana	266,9	497,5	149,1	0,7	76,1	156,0	504,4	169,6	203,6
Umbria	63,5	140,7	102,2	0,2	25,7	16,0	54,5	37,9	45,9
Marche	102,7	226,3	44,4	0,3	42,3	35,4	217,4	46,8	61,4
Lazio	371,9	795,6	39,8	1,2	102,7	79,1	834,9	176,9	215,4
Abruzzo	137,0	285,1	66,6	0,4	18,9	7,9	226,3	60,4	72,9
Molise	48,4	104,8	12,4	0,2	0,0	2,0	94,4	15,0	18,4
Campania	526,1	1120,6	10,3	1,6	79,3	43,7	1153,9	255,1	312,7
Puglia	376,8	814,8	41,2	1,2	53,9	23,0	796,6	186,7	221,1
Basilicata	68,9	142,5	17,7	0,2	27,6	5,4	130,2	33,3	40,2
Calabria	198,5	424,9	26,5	0,6	0,0	12,3	410,7	89,9	108,0
Sicilia	496,4	1256,9	89,8	1,8	0,0	23,6	1190,6	251,5	332,3
Sardegna	160,1	346,0	11,0	0,5	8,5	11,8	346,7	91,0	109,9
<b>SUB TOTALE</b>	<b>4638,5</b>	<b>10005,4</b>	<b>1161,3</b>	<b>14,6</b>	<b>826,1</b>	<b>1111,9</b>	<b>9956,0</b>	<b>2380,0</b>	<b>2950,0</b>
Riserva Enti (I.R.C.C.S. - Policlinici Univ. a gestione diretta - Osp. Classificati - I.Z.S. - I.S.S.)	216,2	633,6	129,8	0,9	0,0	127,8		45,0	50,0
<b>SUB TOTALE</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>1291,1</b>		<b>826,1</b>	<b>1239,7</b>		<b>2425,0</b>	<b>3000,0</b>
<b>TOTALE</b>	<b>4854,7</b>	<b>10639,0</b>	<b>0,0</b>	<b>15,5</b>	<b>2065,8</b>			<b>5425,0</b>	
<b>TOTALE PROGRAMMA</b>					<b>23.000,00</b>				

Fonte: Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali

La legge finanziaria 2008 ha ulteriormente aumentato la dotazione di risorse di 3 miliardi (ripartite con delibera CIPE del 12 dicembre 2008). Di queste 2.950 milioni sono stati ripartiti tra le Regioni per la prosecuzione dei programmi regionali di riqualificazione strutturale e tecnologica delle strutture del Servizio sanitario nazionale. Anche in questo caso, per quanto compatibile con la programmazione regionale e nazionale, le Regioni dovranno tener conto di alcune priorità (ristrutturazione edilizia e ammodernamento tecnologico per il potenziamento delle unità di risveglio dal coma; realizzazione di strutture residenziali e acquisizione di tecnologie per gli interventi territoriali dedicati alle cure palliative). I restanti 50 milioni sono stati accantonati come riserva per il potenziamento e la creazione di unità di terapia intensiva neonatale e l'acquisto di nuove metodiche analitiche per effettuare screening neonatali allargati, per patologie metaboliche ereditarie, per gli Istituti zooprofilattici sperimentali, per le attrezzature e le tecnologie per la medicina penitenziaria e gli interventi urgenti individuati dal Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali.

Un dettaglio del riparto per Regione è ricostruito nella tabella 3.6.1 (colonna *i*).

Per quanto riguarda l'attuazione degli interventi ex articolo 20 della legge n. 67/88, al 31 dicembre 2008 risultano sottoscritti 47 tra Accordi di Programma e Accordi integrativi dal Ministero e dalle Regioni e Province Autonome, di cui 6 sono Accordi di Programma Quadro all'interno di Intese istituzionali di programma e 41 sono Accordi di Programma ex art. 5 bis del d.lgs n. 502/1992<sup>67</sup>.

In particolare, nel 2008 sono stati sottoscritti 7 Accordi di programma che mettono complessivamente a disposizione delle Regioni 649,4 milioni. Essi riguardano le Regioni Lombardia (303 milioni), Sicilia (21,2 milioni) Valle d'Aosta (6,2 milioni), Molise (11,1 milioni), Piemonte (186,7 milioni), Sardegna (53,7 milioni) e Abruzzo (67,5 milioni)<sup>68</sup>.

Con riferimento alle Regioni (Abruzzo, Liguria, Sardegna, Sicilia, Campania, Lazio e Molise) che hanno sottoscritto i Piani di rientro, la programmazione degli investimenti, e quindi la negoziazione delle nuove proposte di Accordo e l'attuazione degli interventi previsti negli Accordi precedenti, ha comportato nel corso dell'anno, la verifica di quanto programmato rispetto agli obiettivi e alla complessiva manovra definita con i Piani.

Al 31 dicembre 2008 è risultato appaltabile circa il 79,5 per cento delle risorse impegnate in Accordi sottoscritti ed è stata autorizzata la spesa complessiva per circa 6,626 miliardi (tabelle 3.6.2 colonna *n* e 3.6.3)<sup>69</sup>.

Nel corso del 2008 sono stati ammessi a finanziamento interventi per complessivi 405,5 milioni a cui si aggiungono 24,1 milioni a favore degli Enti (IRCCS - IZS - Policlinici Univ. a gestione diretta, Osp. Classificati - ISS) (tabella 3.6.2, colonna *n-l*).

<sup>67</sup>Le procedure per l'attuazione del programma, la sottoscrizione e l'attivazione degli Accordi sono disciplinate dall'Accordo tra Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 28 febbraio 2008 per la "Definizione delle modalità e procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità" a integrazione dell'Accordo del 19 dicembre 2002.

<sup>68</sup>Sono in corso le procedure per la definizione di ulteriori Accordi con le Regioni Liguria, Marche, Toscana, Emilia Romagna, Lazio, P.A. di Trento, Basilicata, Sardegna, Veneto e Lombardia.

<sup>69</sup>Una volta sottoscritto l'Accordo, la regione o la provincia autonoma, verificata l'appaltabilità degli interventi in esso previsti, chiede al Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali l'ammissione a finanziamento degli interventi, ottenuta la quale le risorse statali sono effettivamente erogabili dal Ministero dell'economia e delle finanze, detentore del capitolo di spesa.

Tabella 3.6.2

## Programma straordinario di investimenti ex articolo 20 legge 67/88 - L'evoluzione fino al 31 dicembre 2008 - (in milioni)

REGIONI	Valore complessivo degli accordi di programma perfezionati al 31 dicembre 2005	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006		2007		2008	
		Importi autorizzati						Valore degli Accordi di programma sottoscritti aggiornati con l'^ revoca - l'^ revoca - Revoca non aggiudicati	Totale finanziamenti Accordi autorizzati (al netto dei revocati per mancata aggiudicazione)	Valore degli Accordi di programma sottoscritti aggiornati con l'^ revoca - l'^ revoca - Revoca non aggiudicati e nuovi sottoscritti	Totale finanziamenti Accordi autorizzati (al netto dei revocati per mancata aggiudicazione)	Valore degli Accordi di programma sottoscritti aggiornati con revoche	Totale finanziamenti Accordi autorizzati (al netto dei revocati per mancata aggiudicazione)
		a	b	c	d	e	f	g	h	k	i	l	m
Piemonte	598,6	0,0	121,2	247,2	298,9	313,7	399,4	510,5	463,0	510,5	509,1	681,0	525,9
V. D'Aosta	31,5	0,0	0,0	23,2	27,3	27,3	27,3	29,4	29,4	29,4	29,4	31,5	25,3
Lombardia	864,3	92,5	165,3	283,5	500,3	792,1	852,9	864,3	864,3	1.038,2	922,7	1.341,2	1.041,5
P.A. Bolzano	67,7	0,0	0,0	27,4	60,3	60,3	67,7	67,7	67,7	67,7	67,7	67,7	67,7
P.A. Trento	70,9	5,3	50,8	50,8	50,8	50,8	50,8	70,9	70,9	70,9	70,9	70,9	70,9
Veneto	512,5	54,3	132,0	170,7	255,7	367,4	403,8	430,3	402,0	675,6	430,3	675,6	501,6
F. Venezia Giulia	181,6	0,0	0,0	0,0	42,8	91,8	91,8	151,0	134,5	151,0	134,5	151,0	151,0
Liguria	286,2	13,1	70,5	117,5	149,4	242,1	275,1	285,2	284,3	284,4	284,3	248,7	248,7
E. Romagna	530,9	107,7	216,3	289,2	376,5	485,6	516,6	530,9	530,9	576,3	530,9	576,3	558,5
Toscana	504,4	244,5	348,4	348,4	348,4	348,4	348,4	504,4	504,4	504,4	504,4	502,8	502,8
Umbria	54,5	0,0	0,0	33,6	34,5	38,5	38,5	54,5	54,5	54,5	54,5	54,5	54,5
Marche	182,0	1,6	47,6	73,7	85,8	90,6	97,0	125,5	95,7	125,5	125,5	125,5	125,5
Lazio	755,8	0,0	13,1	155,3	301,2	451,6	540,9	630,4	564,4	630,4	601,6	630,4	630,4
Abruzzo	30,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,1	28,7	26,7	52,2	28,7	119,7	46,1
Molise	11,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	6,3	11,8	11,8	11,8	11,8	22,9	11,8
Campania	1.110,3	0,0	0,0	0,0	274,0	277,8	346,6	649,6	402,6	649,2	402,6	647,3	402,6
Puglia	238,9	0,0	0,0	0,0	0,0	28,5	99,4	224,0	216,0	640,2	221,6	640,2	256,1
Basilicata	124,8	0,0	0,0	25,8	48,4	57,3	57,5	117,3	113,3	117,3	116,3	117,3	117,3
Calabria	61,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	41,3	61,1	61,1	239,7	61,1	239,7	61,1
Sicilia	1.104,7	0,0	0,0	73,6	359,9	507,4	685,3	1.026,7	805,8	1.026,7	818,6	1.047,1	931,9
Sardegna	334,9	0,0	0,0	6,1	44,2	166,5	279,7	300,7	294,1	300,7	294,1	346,7	294,8
<i>totale</i>	7.657,4	519,0	1.165,2	1.926,1	3.258,5	4.397,7	5.229,4	6.674,9	5.997,3	7.756,7	6.220,5	8.338,0	6.626,0
IRCCS - IZS - Policlinici Univ. a gestione diretta, Osp. Classificati - ISS	761,4	219,2	279,0	317,1	327,1	408,2	442,9	761,4	517,6	761,4	541,0	761,4	565,1
<b>Totale</b>	<b>8.418,8</b>	<b>738,3</b>	<b>1.444,3</b>	<b>2.243,1</b>	<b>3.585,6</b>	<b>4.806,0</b>	<b>5.672,4</b>	<b>7.436,3</b>	<b>6.514,9</b>	<b>8.518,1</b>	<b>6.761,5</b>	<b>9.099,4</b>	<b>7.191,1</b>

Fonte: Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali