

strutture da parte del cittadino, nonché per la misura dei LEA, oltre a un efficace governo della spesa sanitaria;

sviluppo di metodologie a supporto delle analisi dei fenomeni sanitari ed applicazione al patrimonio informativo disponibile nell'ambito del NSIS, anche ai fini di disporre di un efficace supporto alle decisioni a tutti i livelli del SSN;

generazione di nuovi contenuti informativi coerenti con i Livelli Essenziali di Informazione (LEI), anche in relazione ai risultati prodotti nell'ambito del programma Mattoni del SSN, e progressivo ampliamento del patrimonio informativo NSIS, a partire dal Sistema di Integrazione delle Informazioni Sanitarie Individuali;

evoluzione di meccanismi valutativi che rispondano alle esigenze di affiancamento alle Regioni con Piano di rientro, con riferimento al monitoraggio attuativo e di sistema dei relativi Piani, in coerenza con le metodologie definite nell'ambito del Sistema di verifica e controllo della qualità dell'Assistenza Sanitaria (SiVeAS).

### **Linee prioritarie di azione**

Lo sviluppo della sanità in rete in Italia sta procedendo con apprezzabile dinamismo, con iniziative progettuali rilevanti in corso su tutto il territorio nazionale. Tuttavia la situazione riscontrata risulta fortemente differenziata, non solo in termini di maturità dei sistemi informativi regionali, ma anche in riferimento alle soluzioni applicative adottate, ai modelli architetture, agli standard semantici, alle modalità di utilizzo dei sistemi stessi. Questo è conseguenza delle diverse modalità di utilizzo dell'innovazione tecnologica nei contesti regionali, con differenti modelli organizzativi implementati nei SSR, oltre che frutto di una differenziata capacità di investimento.

Il percorso di sviluppo della sanità

in rete deve essere coerente con le linee evolutive tracciate dal Nuovo Sistema Informativo Sanitario, con il Piano di Sanità Elettronica e con le importanti progettualità oggi in corso nel nostro Paese, tra cui il sistema Tessera Sanitaria. È inoltre necessario che il suddetto percorso sia in linea con il Piano eGovernment 2012, i cui principi ispiratori sono già insiti nelle iniziative intraprese sia a livello centrale, sia regionale.

È opportuno che gli sforzi progettuali, attuali e futuri, abbiano quali denominatori comuni, da un lato, la dematerializzazione dei documenti sanitari a beneficio dei sottostanti processi gestionali e organizzativi, dall'altro, l'armonizzazione delle soluzioni di sanità in rete, allo scopo di garantire omogeneità nella generazione dei Livelli Essenziali di Informazioni (LEI). A tal fine, è fondamentale anche agevolare la condivisione delle iniziative intraprese sul territorio nazionale e la messa a sistema delle migliori pratiche.

Ambiti prioritari di applicazione dei suddetti denominatori comuni sono in particolare il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), i Centri Unici di Prenotazione (CUP) e la telemedicina. Con riferimento ai sistemi di FSE a livello nazionale, il Ministero ha istituito, nel secondo semestre del 2008, un tavolo interistituzionale che vede la partecipazione dell'Autorità Garante per la protezione dei dati personali, del Ministero per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione e delle Regioni e Province Autonome nel quale, oltre a garantire la corretta regolamentazione degli aspetti inerenti l'applicazione della normativa vigente in materia di privacy, verranno progressivamente affrontati aspetti inerenti la definizione di un modello di riferimento nazionale per la realizzazione del FSE a livello regionale. In tale direzione si collocano le linee di indirizzo, già in corso di definizione da parte del Ministero, finalizzate a

contribuire al raccordo dell'innovazione tecnologica con il necessario cambiamento culturale degli operatori sanitari, con la rivisitazione dei modelli organizzativi, con l'evoluzione dei processi di cura, affinché le tecnologie possano concorrere a migliorare concretamente l'assistenza sanitaria.

Per le medesime finalità, il Ministero ha avviato la predisposizione di linee di indirizzo finalizzate a garantire omogeneità dei sistemi CUP regionali, nonché consentire, con gli opportuni accorgimenti anche di natura organizzativa, la gestione integrata del processo di prenotazione per le varie tipologie di strutture, regimi di erogazione, e prestazioni sanitarie. Sempre nell'ottica di promuovere l'armonizzazione delle modalità di erogazione dei servizi di sanità in rete a livello nazionale, il Ministero sta conducendo i necessari approfondimenti di fattibilità tecnico-economica, a supporto dell'attivazione di un numero unico nazionale per l'accesso ai servizi di prenotazione regionali. Ciò al fine di offrire un servizio migliore ai cittadini accrescendone la capacità di fruizione dei servizi sanitari della propria Regione, da un lato, riducendo i tempi medi di attesa per l'erogazione delle prestazioni richieste e, dall'altro, indirizzando il cittadino verso le strutture più appropriate rispetto ai suoi bisogni di salute, incrementando l'efficacia delle cure prestate anche a beneficio della capacità produttiva regionale. Tale iniziativa è peraltro coerente con gli orientamenti comunitari in materia di semplificazione delle modalità di accesso ai servizi di pubblica utilità da parte dei cittadini.

Lo sviluppo di una sanità in rete che sia anche finalizzata a consentire l'integrazione socio-sanitaria ed a sostenere forme innovative di domiciliarità trova nella telemedicina uno dei principali ambiti di applicazione. La telemedicina offre altresì potenzialità di grande rilevanza soprattutto in termini di accresciuta equità nell'accesso ai

servizi socio-sanitari nei territori remoti, grazie al decentramento e alla flessibilità dell'offerta di servizi stessi. La telemedicina e la teleassistenza permettono di ridistribuire in modo ottimale le risorse umane e tecnologiche tra diversi presidi, per coprire le necessità di competenze professionali ed assicurare la continuità dell'assistenza sul territorio. Grazie alla disponibilità di servizi di teleconsulto inoltre, la telemedicina può offrire un valido supporto ai servizi mobili d'urgenza, attraverso la riorganizzazione dei servizi sanitari eventualmente mediante l'utilizzo di risorse cliniche a distanza, anche dislocate direttamente a bordo delle ambulanze.

Per le motivazioni sopra rappresentate, è quindi fondamentale attuare iniziative volte a promuovere concretamente lo sviluppo della telemedicina sul territorio nazionale, prevedendo a tale fine anche la predisposizione di linee evolutive per la definizione di modalità tecnico-organizzative comuni, nonché la condivisione delle iniziative intraprese sul territorio nazionale e la messa a sistema delle migliori pratiche.

Affinché la sanità in rete concorra effettivamente a migliorare l'assistenza sanitaria, si pone l'esigenza di far sì che le risorse disponibili siano impiegate in investimenti coerenti con le reali necessità del SSN. Perché ciò sia possibile, è necessaria un'azione di coordinamento volta a definire indirizzi condivisi dal livello centrale e regionale, finalizzati ad orientare coerentemente gli sforzi progettuali nell'ambito di una cornice unitaria di natura politico-strategica.

### **Bibliografia essenziale**

“Accordo quadro tra il Ministro della sanità, le regioni e le P.A. di Trento e di Bolzano per lo sviluppo del nuovo Sistema informativo sanitario nazionale” del 22 febbraio 2001 (G.U. n. 90 del 18 aprile 2001).

Comunicazione della Commissione Europea al Consiglio, al Parlamento europeo, al

- Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle Regioni e Province Autonome, del 30 aprile 2004, "Sanità elettronica - migliorare l'assistenza sanitaria dei cittadini europei: piano d'azione per uno spazio europeo della sanità elettronica" (COM2004 356 def.).
- Decreto Ministeriale del 17 giugno 2006 "Istituzione del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SiVeAS)" di cui all'articolo 1, comma 288, della legge 266/05 (G.U. n. 189 del 16 agosto 2006).
- Il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), Ministero del Lavoro, della Salute e delle politiche Sociali - Settore Salute, [www.nsis.ministerosalute.it](http://www.nsis.ministerosalute.it).
- Intesa tra il Governo, le Regioni e le P.A. di Trento e di Bolzano del 23 marzo 2005 (Atto repertorio n. 2271).
- Legge 326/03, "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto Legge 30 settembre 2003, n. 296, recante disposizioni urgenti per favorire lo sviluppo e per la correzione dell'andamento dei conti pubblici" (pubblicata nella G.U. n. 274 del 25 novembre 2003 - Supplemento Ordinario n. 181).
- Ministero del Lavoro, della Salute e delle politiche Sociali - Settore Salute, Questionario di indagine "Scheda di Rilevazione, Sistemi di prenotazione CUP", secondo semestre dell'anno 2008.
- Ministero del Lavoro, della Salute e delle politiche Sociali - Settore Salute, Questionario di indagine "Scheda di Rilevazione, Sistemi di FSE", secondo semestre dell'anno 2008.
- Piano Nazionale Sanità Elettronica "Una politica per la sanità elettronica: per un migliore e più efficiente Sistema Sanitario Nazionale attraverso l'innovazione digitale", anno 2005.
- Presidenza del Consiglio dei Ministri, Ministero per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione, Piano eGovernment 2012, anno 2009 Ulteriori approfondimenti.
- Programma Mattoni del SSN, Ministero del Lavoro, della Salute e delle politiche Sociali - Settore Salute, [www.mattoni.ministerosalute.it](http://www.mattoni.ministerosalute.it)

9

## Gli investimenti in tecnologie ed edilizia sanitaria

### Gli investimenti strutturali per la riqualificazione dell'offerta sanitaria

Le politiche di programmazione degli investimenti pubblici dedicati al patrimonio strutturale e tecnologico del Servizio Sanitario Nazionale hanno seguito strettamente, specie nell'ultimo quinquennio, l'andamento delle politiche generali di riqualificazione dell'offerta assistenziale, marcate da un necessario processo di crescente attenzione ad una allocazione efficace ed efficiente degli investimenti, ai fini del contenimento della spesa sanitaria pubblica.

A 20 anni di distanza dall'emanazione dell'articolo 20 della Legge 67/88, che ha avviato il programma straordinario di investimenti nel settore sanitario, gli obiettivi inizialmente individuati dal legislatore, quali la ristrutturazione edilizia e l'ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico e la realizzazione di residenze sanitarie assistenziali per anziani e soggetti non autosufficienti, sono stati nel tempo integrati con finalità specifiche; tra queste finalità ricordiamo l'adeguamento alle norme di sicurezza degli edifici e degli impianti, il riequilibrio tra l'ospedale e il territorio, la realizzazione degli spazi per l'esercizio della libera professione intramoenia.

Accanto a questi obiettivi generali, variamente enucleati nei Piani sanitari delle Regioni, diversi standard sull'assistenza definiti nell'Accordo dell'8 agosto 2001 (standard dei posti letto), nell'Intesa del 23 marzo 2005 tra il

Governo, le Regioni e le Province Autonome e nel Patto per la salute hanno orientato la programmazione degli investimenti in attuazione del programma che oggi beneficia complessivamente di 23 miliardi di Euro.

Tra gli attuali obiettivi del programma, è da sottolineare che oggi questi finanziamenti costituiscono le risorse attraverso le quali attuare gli impegni previsti nei Piani di rientro dal deficit sanitario sottoscritti con le Regioni Abruzzo, Liguria, Sardegna, Sicilia, Campania, Lazio e Molise, in particolare per quanto concerne la prevista riorganizzazione delle rete ospedaliera di queste regioni.

Lo scenario nel quale interviene il programma di investimenti di cui all'art. 20 è dunque in lenta, ma continua mutazione: si passa dalle molte e spesso piccole strutture per acuti disseminate sul territorio, ed oggi obsolete, accanto alle quali convivono enormi strutture a padiglioni (come si presentava agli inizi degli anni '90), alla concentrazione delle acuzie e delle specialità in centri regionali di riferimento, accanto ai quali operano livelli intermedi di ospedali e un'adeguata rete territoriale che filtra l'assistenza ospedaliera e si pone in necessaria continuità di cura rispetto ad essa.

### Il programma straordinario di investimenti di cui all'art. 20 della Legge 67/88

L'art. 20 della Legge 67/88 autorizza un programma pluriennale di inve-

stimenti in edilizia e tecnologie sanitarie. Come su detto, gli obiettivi generali del programma indicati dal legislatore sono finalizzati alla riqualificazione del patrimonio edilizio e tecnologico pubblico ed alla realizzazione di residenze sanitarie assistenziali. Il programma pluriennale autorizza un investimento di 30.000 miliardi di Lire articolato in più fasi.

Il quadro riepilogativo generale delle risorse del programma straordinario di investimenti è illustrato nella tabella 1 allegata, dove i finanziamenti di ciascuna linea di programma sono ripartiti per ciascuna Regione.

La prima fase ha avuto termine nel 1996 con un impegno di 4,855 miliardi di Euro (colonna a). La seconda fase avviata nel 1998 ha previsto l'utilizzo di 10,639 miliardi di Euro (colonna b), destinati alla riqualificazione strutturale e tecnologica della rete dell'offerta sanitaria.

Le risorse inizialmente previste sono state successivamente integrate portando il programma a complessivi 17,575 miliardi di Euro, in particolare dall'art. 28 della Legge 488/99, che ha destinato circa 15,494 milioni di Euro per la radioterapia, (ripartiti con DM 28 dicembre 2001, colonna d della Tabella 1) e dall'art. 83 della Legge 388/00, che ha disposto l'assegnazione di ulteriori 2,066 miliardi di Euro, di cui circa 826,143 milioni di Euro (colonna e tabella 1) per la Libera Professione e 1,239 miliardi di Euro ripartiti con delibera CIPE n. 65 del 2 agosto 2002 (colonna f della tabella 1).

A partire dal 1998, con l'abolizione del finanziamento tramite il ricorso ai mutui, le risorse finanziarie per l'attuazione della seconda fase del programma sono assicurate annualmente da rifinanziamenti in tabella D delle Leggi Finanziarie, 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 del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, le Regioni e le P.A. di Trento e di Bolzano, con il concerto del Ministero dell'economia e delle finanze e d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome.

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 due strumenti di programmazione negoziata possibili per l'attuazione dell'art. 20, quali gli Accordi di Programma Quadro ex art. 2 della Legge 662/96, 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. 502/92, introdotto dal D. Lgs. 229/99. Entrambi consentono alle Regioni ed alle Province Autonome di disporre programmaticamente della quota loro assegnata, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze e d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni e Province Autonome.

Attraverso i citati strumenti di programmazione negoziata, il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, le Regioni e le Province Autonome approfondiscono e condividono nuove priorità e nuovi traguardi, rispetto agli obiettivi generali posti dal legislatore con l'avvio del programma di investimenti. E ciò in coerenza con i principali obiettivi generali individuati nel Piano Sanitario Nazionale e in relazione a specifici Accordi sanciti in sede di Conferenza Stato-Regioni, già citati nel paragrafo precedente.

Alla data del 31 dicembre 2008 risultano sottoscritti n. 47 tra Accordi di Programma e Accordi integrativi dal Ministero e dalle Regioni e Province Autonome, di cui n. 6 sono Accordi di Programma Quadro all'in-

## XVI LEGISLATURA – DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tabella 1 – Programma pluriennale di investimenti in Sanità art. 20, Legge 67/88 - Situazione al 31 dicembre 2008

Regioni ed Enti	Assegnazione art.20 I Fase del programma	Assegnazione art. 20 II Fase del programma Delibera CIPE n. 52 del 06/05/1998	Tranche Assegnazione 1998 impegnati in sicurezza e completamenti Delibera CIPE n. 53 del 06/05/1998 (di cui della colonna b)	Integrazione finanziamenti di cui alla Legge 488/98 per Radioterapia DM 28/12/2001
	a	b	c	d
Piemonte	313.826.584,10	678.270.075,97	79.714.089,46	987.771,96
Valle d'Aosta	14.744.328,01	31.865.907,13	4.537.315,56	46.406,66
Lombardia	578.806.158,23	1.201.068.032,87	129.630.681,67	1.749.128,20
P.A. Bolzano	33.868.726,99	73.199.502,14	12.870.105,93	106.601,22
P.A. Trento	36.877.604,88	79.702.210,95	28.881.199,42	116.071,18
Veneto	288.983.974,34	624.575.601,54	93.264.369,12	909.576,12
Friuli Venezia Giulia	96.188.031,63	207.889.395,59	26.339.301,85	302.751,55
Liguria	158.574.475,67	339.111.797,42	28.140.187,06	493.852,13
Emilia Romagna	299.412.788,51	614.052.792,22	146.827.663,50	894.251,64
Toscana	266.915.254,59	497.455.416,86	149.103.172,59	724.449,64
Umbria	63.529.363,16	140.735.021,46	102.249.686,25	204.953,92
Marche	102.707.267,07	226.332.071,46	44.352.027,35	329.609,81
Lazio	371.874.790,19	795.573.964,37	39.818.826,92	1.158.602,86
Abruzzo	137.004.136,82	285.087.823,50	66.597.659,42	415.176,44
Molise	48.367.737,97	104.831.970,75	12.435.765,67	152.667,92
Campania	526.105.346,88	1.120.588.037,83	10.329.137,98	1.631.924,33
Puglia	376.810.568,77	814.789.776,22	41.161.614,86	1.186.587,05
Basilicata	68.929.952,95	142.494.073,66	17.722.218,49	207.515,64
Calabria	198.491.945,85	424.925.759,32	26.473.838,88	618.823,92
Sicilia	496.353.297,84	1.256.885.145,15	89.829.172,58	1.830.415,26
Sardegna	160.082.013,36	345.982.740,01	11.039.052,92	503.858,36
<b>SUB TOTALE</b>	<b>4.638.454.347,79</b>	<b>10.005.417.116,41</b>	<b>1.161.317.087,49</b>	<b>14.570.995,81</b>
Riserva Enti (IRCCS - Policlinici Univ. a gestione diretta - Osp. Classificati - IZS - ISS)	216.240.503,65	633.595.004,83	129.825.160,23	922.711,17
<b>SUB TOTALE</b>			<b>1.291.142.247,72</b>	
<b>TOTALE</b>	<b>4.854.694.851,44</b>	<b>10.639.012.121,24</b>		<b>15.493.706,98</b>

**TOTALE COMPLESSIVO del programma straordinario di investimenti art. 20 Legge 67/88 (a+b+d+e+f+i)**

Fonte: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali – Direzione Generale Programmazione sanitaria, livelli di assistenza e principi etici di sistema.

terno di Intese istituzionali di programma a norma dell'art. 2, comma 203, della Legge 662/96, e n. 41 sono Accordi di Programma ex art. 5 bis del D. Lgs. n. 502/92. In particolare, nel periodo 2005/08, sono stati sottoscritti n. 20 Accordi di Programma.

Il valore complessivo delle risorse finanziarie messe a disposizione delle Regioni e delle Province Autonome, nella seconda fase del programma, ammonta a 11,958 miliardi di Euro, a cui si aggiungono i programmi relativi agli Enti di cui all'art. 4, comma 15, della

## XVI LEGISLATURA – DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Integrazione finanziamenti di cui alla Legge 388/00 DM 08/06/2001 Quota per libera professione	Integrazione finanziamenti di cui alla Legge 388/2000 Quota ripartita con Delibera CIPE n. 65 del 02/08/2002	Risorse destinate ad Accordi di programma	Valore complessivo Accordi di programma perfezionati	Integrazioni finanziamenti di cui: Legge 296/06 (finanziaria 2007) Legge 244/07 (finanziaria 2008)
e	f	g=(b-c)+f	h	i
60.428.733,60	98.633.387,00	697.189.373,51	680.992.546,48	351.861.597,24
1.418.336,70	4.131.655,00	31.460.246,57	31.460.246,57	12.290.480,12
132.471.194,62	269.786.902,00	1.341.224.253,20	1.341.224.252,37	731.426.640,33
0,00	7.359.511,00	67.688.907,21	67.688.907,21	47.429.487,26
8.404.575,81	20.115.996,00	70.937.007,53	70.937.007,53	49.744.201,13
61.974.827,89	144.246.412,00	675.557.644,42	675.557.644,70	360.716.723,10
0,00	13.100.372,00	194.650.465,74	150.955.889,83	96.658.579,60
39.210.377,38	29.329.326,00	340.300.936,36	248.695.301,14	153.274.852,37
87.214.076,55	109.095.763,00	576.320.891,73	576.319.342,36	370.808.575,04
76.107.154,48	156.031.882,00	504.384.126,26	502.819.261,86	373.135.404,82
25.677.941,61	16.010.164,00	54.495.499,21	54.495.499,21	83.747.877,06
42.332.939,10	35.398.109,00	217.378.153,11	125.470.217,66	108.140.592,03
102.661.209,05	79.124.621,00	834.879.758,46	630.413.624,66	392.317.583,63
18.942.089,69	7.850.145,00	226.340.309,08	119.700.370,06	133.282.816,59
0,00	1.962.536,00	94.358.741,07	22.887.891,75	33.345.869,83
79.253.874,72	43.684.968,00	1.153.943.867,84	647.264.404,82	567.808.358,72
53.948.571,22	23.008.974,00	796.637.135,36	640.229.424,91	407.813.204,05
27.613.917,48	5.396.975,00	130.168.830,16	117.340.439,34	73.494.124,70
0,00	12.297.297,00	410.749.217,44	239.701.717,44	197.891.022,53
0,00	23.570.003,00	1.190.625.975,57	1.047.117.741,42	583.807.097,04
8.483.321,02	11.751.617,00	346.695.304,09	346.695.304,09	200.976.636,80
826.143.140,92	1.111.886.615,00	9.955.986.643,92	8.337.967.035,41	5.329.971.723,99
	127.797.840,44		633.595.004,83	95.000.000,00
826.143.140,92	1.239.684.455,44			
2.065.827.596,36				5.424.971.723,99
				23.000.000.000,00

Legge 412/91, e successive modificazioni (IRCCS – Policlinici Univ. a gestione diretta – Osp. Classificati – IZS – ISS) per complessivi 762,316 milioni di Euro.

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.

Una volta sottoscritto l'Accordo, la Regione o la Provincia Autonoma, verificata l'appaltabilità degli interventi in esso previsti, chiede al

## XVI LEGISLATURA – DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tabella 2 – Programma pluriennale di investimenti in Sanità art. 20 Legge 67/88 - Monitoraggio accordi di programma - Dati al 31 dicembre 2008

Regioni	Risorse destinate ad accordi di programma	Valore degli accordi di programma sottoscritti al 31 dicembre 2008	% risorse sottoscritte su risorse destinate
	a	b	c=b/a
Piemonte	697.189.373,51	680.992.546,48	97,7
Valle d'Aosta	31.460.246,57	31.460.246,57	100,0
Lombardia	1.341.224.253,20	1.341.224.252,37	100,0
P.A. di Bolzano	67.688.907,21	67.688.907,21	100,0
P.A. di Trento	70.937.007,53	70.937.007,53	100,0
Veneto	675.557.644,42	675.557.644,70	100,0
Friuli Venezia Giulia	194.650.465,74	150.955.889,83	77,6
Liguria	340.300.936,36	248.695.301,14	73,1
Emilia Romagna	576.320.891,73	576.319.342,36	100,0
Toscana	504.384.126,26	502.819.261,86	99,7
Umbria	54.495.499,21	54.495.499,21	100,0
Marche	217.378.153,11	125.470.217,66	57,7
Lazio	834.879.758,46	630.413.624,66	75,5
Abruzzo	226.340.309,08	119.700.370,06	52,9
Molise	94.358.741,07	22.887.891,75	24,3
Campania	1.153.943.867,84	647.264.404,82	56,1
Puglia	796.637.135,36	640.229.424,91	80,4
Basilicata	130.168.830,16	117.340.439,34	90,1
Calabria	410.749.217,44	239.701.717,44	58,4
Sicilia	1.190.625.975,57	1.047.117.741,42	87,9
Sardegna	346.695.304,09	346.695.304,09	100,0
TOTALE	9.955.986.643,92	8.337.967.035,41	83,7

FONTE: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali – Direzione Generale Programmazione sanitaria, livelli di assistenza e principi etici di sistema.

Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali l'ammissione a finanziamento degli interventi; a partire dall'ammissione a finanziamento le risorse statali sono effettivamente erogabili dal Ministero dell'economia e delle finanze, detentore del capitolo di spesa.

Al 31 dicembre 2008 è risultato appaltabile circa il 79,5% delle risorse impegnate in Accordi sottoscritti ed è stata autorizzata la spesa per circa 6,626 miliardi di Euro.

Persistono comunque forti differenziazioni nei tempi di sottoscrizione e di attuazione degli accordi, a motivo delle diverse complessità regionali; il dato totale deve essere necessariamente scomposto nelle componenti regio-

nali e annuali, come rappresentato nella Tabella 2.

La stessa mostra come sette Regioni e le P.A. di Trento e di Bolzano abbiano richiesto il finanziamento del 100% delle risorse sottoscritte, mentre altre quattro Regioni hanno richiesto oltre l'80% delle risorse stesse. Delle restanti Regioni, tre hanno superato il 70% e due la soglia del 50%.

Nella Figura 1 è rappresentato l'andamento nell'arco temporale 1999-2008 degli Accordi di Programma e l'andamento degli importi ammessi a finanziamento a valere sugli accordi medesimi.

La diversa evoluzione nella utilizzazione delle risorse dipende, oltre che dall'esperienza maturata nei diversi

## XVI LEGISLATURA – DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Risorse ammesse a finanziamento a valere sugli accordi sottoscritti	% risorse ammesse a finanziamento a valere su accordi sottoscritti	Risorse da ammettere a finanziamento su risorse sottoscritte	% Risorse da ammettere a finanziamento su risorse sottoscritte
	a	b	c=b/a
525.939.967,74	77,2	155.052.578,74	22,8
25.308.754,57	80,4	6.151.492,00	19,6
1.041.507.128,06	77,7	299.717.124,31	22,3
67.688.907,21	100,0	0,00	0,0
70.937.007,53	100,0	0,00	0,0
501.617.673,14	74,3	173.939.971,56	25,7
150.955.889,83	100,0	0,00	0,0
248.695.301,14	100,0	0,00	0,0
558.472.332,49	96,9	17.847.009,87	3,1
502.819.261,86	100,0	0,00	0,0
54.494.675,50	100,0	823,71	0,0
125.470.217,65	100,0	0,00	0,0
630.413.291,19	100,0	333,47	0,0
46.080.682,81	38,5	73.619.687,25	61,5
11.772.891,75	51,4	11.115.000,00	48,6
402.561.675,72	62,2	244.702.729,10	37,8
256.091.414,91	40,0	384.138.010,00	60,0
117.340.439,34	100,0	0,00	0,0
61.086.564,39	25,5	178.615.153,05	74,5
931.911.264,67	89,0	115.206.476,75	11,0
294.808.491,90	85,0	51.886.812,19	15,0
6.625.973.833,40	79,5	1.711.993.202,01	20,5

contesti regionali, anche dalla solidità programmatoria, assicurata dalla presenza di un piano regionale di riorganizzazione e riqualificazione della rete ospedaliera e/o più in generale del sistema di servizi sanitari del territorio, condizioni che hanno consentito una rapida ed efficace attuazione.

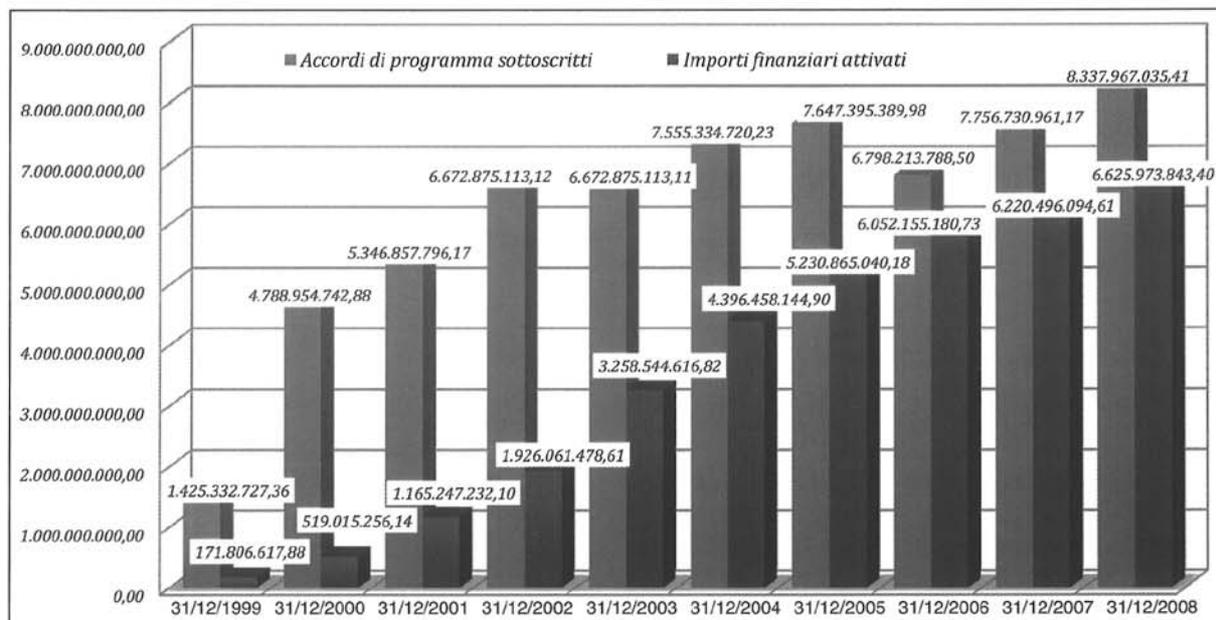
Gli istogrammi contenuti nella Figura 2 rappresentano per ciascuna Regione e Provincia Autonoma i rapporti tra le risorse ammesse a finanziamento, quelle ancora da richiedere e le risorse sottoscritte in Accordi di Programma.

Si evidenzia come sette Regioni e le P.A. di Trento e di Bolzano abbiano utilizzato il 100% delle risorse, mentre delle restanti Regioni sette

hanno raggiunto la percentuale del 70%.

Come risulta dalla Tabella 3, tra le specifiche linee di finanziamento che caratterizzano il programma di investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie, di cui all'art. 20 della Legge 67/88, peculiare rilievo, anche in connessione con le riforme intervenute nel settore, rivestono le misure finalizzate a consentire l'esercizio della libera professione intramuraria. La copertura finanziaria è assicurata dalla citata Legge 388/00, all'art. 83, comma 3, che incrementa il programma di investimenti ex art. 20 Legge 67/88, destinando, tra l'altro 826,143 milioni di Euro per l'esercizio dell'attività in questione.

Figura 1 – Programma pluriennale di investimenti in sanità art. 20 Legge 67/88 - Andamento temporale degli importi finanziari sottoscritti con gli accordi di programma e degli importi finanziari attivati – Situazione al 31/12/2008



Fonte: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali – Direzione Generale Programmazione sanitaria, livelli di assistenza e principi etici di sistema.

La copertura finanziaria del programma per la libera professione è annualmente definita dal Ministero dell'economia e delle finanze sulla base delle disponibilità finanziarie e tenuto conto delle esigenze rappresentate dal Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali.

Alla data del 31 dicembre 2008, delle risorse ripartite con il citato DM 08.06.2001, sono stati ammessi a finanziamento interventi per circa 665,490 milioni di Euro, pari all'80,55% della somma, per interventi che comprendono tanto realizzazioni edilizie quanto la messa a disposizione di tecnologie per l'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria.

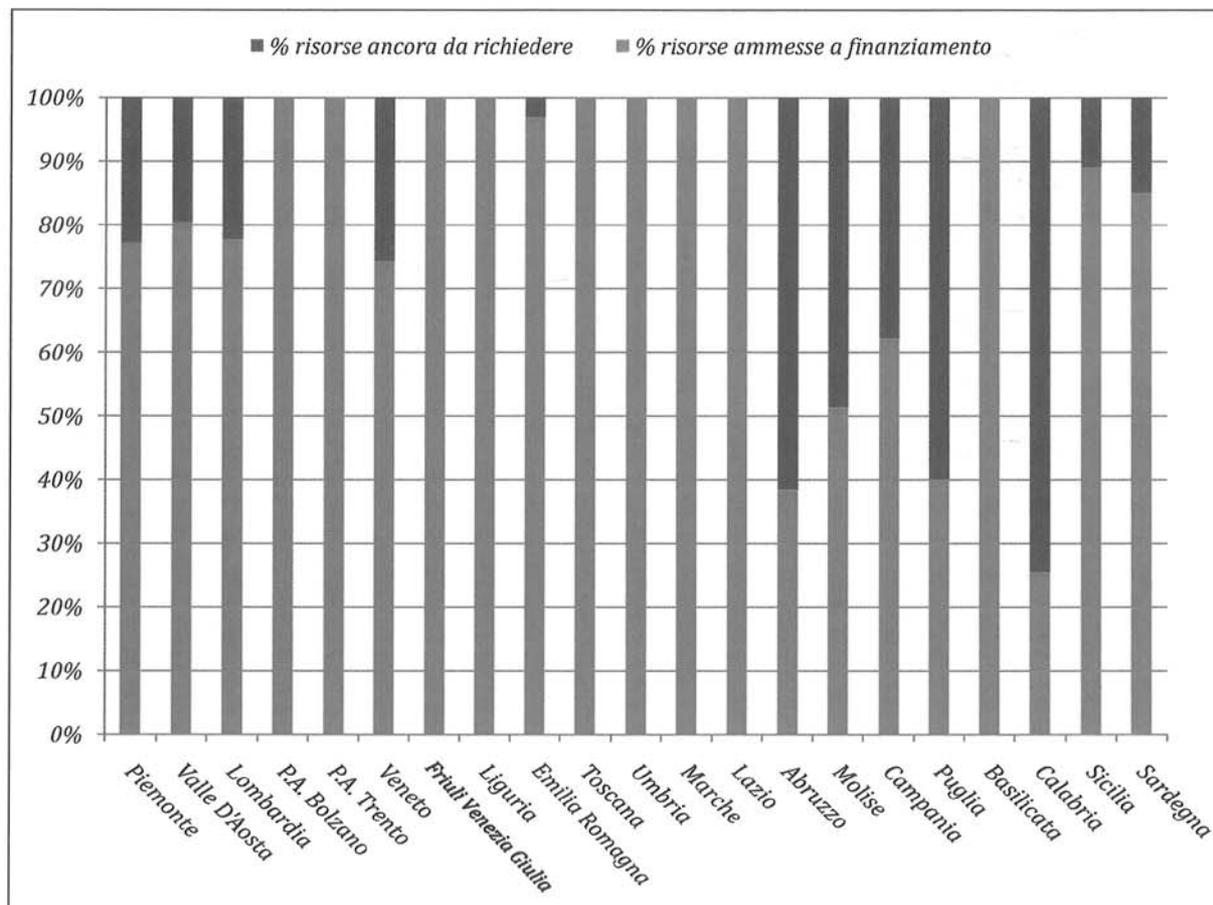
Per quanto riguarda il programma per la radioterapia, di cui alla Legge 488/99, sono stati ammessi a finanziamento circa 11,389 milioni di Euro, pari al 78,16% delle risorse ripartite alle Regioni ed alle Province Autonome ed il 100% di quelle riservate agli Enti di cui al citato art. 4, comma 15, della Legge 412/91, e successive modificazioni.

La Legge 296/06, (Finanziaria 2007), all'articolo 1, comma 796, lett. n, incrementa il programma di investimenti di ulteriori 2,425 miliardi di Euro elevando a complessivi 20 miliardi di Euro la dotazione di risorse per il programma pluriennale di investimenti in sanità.

La legge 244/07 (Finanziaria 2008), all'articolo 2, comma 279, incrementa il programma di investimenti di ulteriori 3 miliardi di Euro, portando il programma a complessivi 23 miliardi di Euro.

Tali risorse sono state ripartite alle Regioni e alle Province Autonome, con un accantonamento per interventi urgenti (colonna i Tabella 1) con delibere CIPE in corso di perfezionamento. Per il riparto di tali risorse si è tenuto conto dei criteri e delle linee prioritarie indicate dalle leggi finanziarie 2007 e 2008 e quelle contenute nel Patto sulla salute, di cui all'Intesa Stato – Regioni del 5 ottobre 2006 - innovazione tecnologica, superamento divario Nord-Sud, attivazione programma-

Figura 2 – Programma pluriennale di investimenti in Sanità art. 20 Legge 67/88 - Rapporti tra risorse ammesse a finanziamento, risorse ancora da chiedere e risorse sottoscritte. – Situazione al 31/12/2008



FONTE: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali – Direzione Generale Programmazione sanitaria, livelli di assistenza e principi etici di sistema.

zione aggiuntiva, messa a norma, premialità per tempestività e qualità.

### La metodologia per la valutazione degli investimenti

La scelta degli interventi sui quali allocare le risorse del programma di investimenti riflette la crescente condivisione tra le Regioni e il Ministero di una “cultura della programmazione”, nella sua accezione più ampia, che non è quindi solo predisposizione di un percorso metodologico di programmazione, ma un approccio trasversale rispetto alle altre politiche di sviluppo e settoriale, rispetto ai bisogni di assistenza, di particolare rilevanza.

La prima fase del programma ha visto spesso la realizzazione di interventi puntuali, motivati da esigenze espresse a livello locale, ma non inquadrati in un organico disegno di livello regionale che definisse la cornice strategica nella quale il singolo intervento si andava a collocare. Gli stessi interventi erano infatti inseriti in una deliberazione di Giunta o di Consiglio, ma non erano accompagnati da una relazione sul programma generale.

La volontà politica delle Regioni e del Governo centrale di superare le criticità determinatesi nella prima fase di attuazione del programma straordinario di investimenti, derivanti dalla polverizzazione dei finanziamenti e dalla mancanza di un progetto organi-

## XVI LEGISLATURA – DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tabella 3 – Programma pluriennale di investimenti in Sanità art. 20 Legge 67/88 - Monitoraggio accordi di programma - Situazione al 31 dicembre 2008

Regioni	Integrazione finanziamenti di cui alla Legge 488/99 per Radioterapia		
	Quote assegnate DM 28/12/01	Totale finanziamenti Radioterapia autorizzati	% Autorizzata
Piemonte	987.771,96	978.905,42	99,10
Valle d'Aosta	46.406,66		0,00
Lombardia	1.749.128,20	1.749.128,20	100,00
P.A. di Bolzano	106.601,22	106.601,22	100,00
P.A. di Trento	116.071,18	116.071,18	100,00
Veneto	909.576,12	909.576,12	100,00
Friuli Venezia Giulia	302.751,55	302.751,55	100,00
Liguria	493.852,13	493.852,13	100,00
Emilia Romagna	894.251,64	894.251,64	100,00
Toscana	724.449,64	724.449,64	100,00
Umbria	204.953,92	204.953,91	100,00
Marche	329.609,81	313.129,32	95,00
Lazio	1.158.602,86	258.466,02	22,31
Abruzzo	415.176,44	0,00	0,00
Molise	152.667,92	0,00	0,00
Campania	1.631.924,33	0,00	0,00
Puglia	1.186.587,05	1.186.587,04	100,00
Basilicata	207.515,64	197.234,89	95,05
Calabria	618.823,92	618.823,92	100,00
Sicilia	1.830.415,26	1.830.415,69	100,00
Sardegna	503.858,36	503.858,09	100,00
Totale regionale	14.570.995,80	11.389.055,98	78,16
Riserva Enti (IRCCS - Policlinici Univ. a gestione diretta - Osp. Classificati - IZS - ISS)	922.711,17	921.711,17	99,89
Totale	15.493.706,97	12.310.767,15	79,46

FONTE: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali – Direzione Generale Programmazione sanitaria, livelli di assistenza e principi etici di sistema.

co, hanno sollecitato nella seconda fase del programma una capacità programmatoria più determinata nel concentrare i finanziamenti in un numero contenuto di interventi strategici e coerenti in una logica di rete che richiede grandi strutture ospedaliere di riferimento, più sicure, capaci di ridurre i “viaggi della speranza” fuori regione, in collegamento funzionale con le strutture “distrettuali”. L'esigenza di superare una politica di investimenti “a pioggia”, di spinte locali e di resistenze al cambiamento,

a favore di una politica organica di individuazione delle strategie, degli obiettivi e dei risultati sottintende l'acquisizione di una “cultura della programmazione”.

Alla luce di ciò, per l'attuazione della seconda fase del programma è stato scelto l'Accordo di programma, quale strumento di programmazione negoziata.

In questi Accordi il livello regionale ha riconosciuto la valenza del momento programmatorio quale occasione di sintesi delle politiche di investimento e

## XVI LEGISLATURA – DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Integrazione finanziamenti di cui alla Legge 388/00 per Libera professione		
Quote assegnate DM 8/06/01	Totale finanziamenti Libera professione autorizzati	% Autorizzata
60.428.733,60	30.900.133,92	51,13
1.418.336,70		0,00
132.471.194,62	90.438.382,00	68,27
8.404.575,81	8.404.575,81	100,00
61.974.827,89	61.974.827,89	100,00
39.210.377,38	39.187.577,36	99,94
87.214.076,55	87.214.076,55	100,00
76.107.154,48	76.107.154,50	100,00
25.677.941,61	25.673.431,65	99,98
42.332.939,10	33.284.154,95	78,62
102.661.209,05	102.661.088,21	100,00
18.942.089,69	8.104.464,04	42,79
79.253.874,72	20.614.316,43	26,01
53.948.571,22	44.828.571,22	83,10
27.613.917,48	27.613.917,48	100,00
8.483.321,02	8.483.321,02	100,00
826.143.140,92	665.489.993,03	80,55

riqualificazione dei settori che offrono servizi ai cittadini nonché quale strumento di concertazione delle politiche locali sul territorio. Nel contempo, il livello centrale, nel rispetto del principio della sussidiarietà, ha portato avanti una politica di indirizzo, sostegno e monitoraggio del grado di conseguimento degli obiettivi e dei risultati individuati e proposti dal livello regionale.

Elemento fondamentale degli Accordi è il Documento programmatico, che illustra la programmazione dei soggetti interessati e definisce le

strategie e gli obiettivi generali e specifici degli investimenti previsti nell'Accordo stesso. Al fine di agevolare la predisposizione di questi documenti e sollecitare la metodologia di programmazione sottesa, il Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici di questa Amministrazione (istituito ai sensi dell'art.1 della Legge 144/99) ha elaborato una metodologia per la valutazione ex ante (MexA), basandosi sull'esperienza maturata con la stesura dei primi Accordi di programma e

rifacendosi alle metodologie adottate a livello comunitario; in tal modo si è inteso inoltre rendere omogenee le informazioni e l'approccio programmatico illustrato dalle Regioni. I contenuti della Metodologia per la valutazione ex ante sono stati sviluppati essenzialmente in principi e criteri, lasciando all'autonomia e alla specifica realtà di ciascuna regione la definizione di quei criteri in termini di analisi di contesto, definizione degli obiettivi e individuazione degli indicatori per la valutazione in itinere ed ex post. Il risultato di questo lavoro ha trovato riconoscimento nell'Accordo sancito il 28 febbraio 2008 tra il Governo, le Regioni e le P.A. di Trento e di Bolzano sulle modalità e procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità attraverso gli Accordi di programma, di cui la MexA è parte integrante.

La MexA ha quindi la duplice valenza di fornire un supporto metodologico alle Regioni per la formulazione dei Documenti Programmatici per la sottoscrizione degli Accordi di programma e, dall'altra parte, si pone quale strumento per la valutazione ex ante dei Documenti Programmatici da parte del Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici.

Le cinque componenti chiave che la MexA propone di sviluppare in un Documento programmatico sono:

1. analisi socio-sanitaria economica e rispondenza della strategia rispetto ai bisogni identificati;
2. logica e coerenza interna della strategia;
3. coerenza della strategia con le politiche nazionali e regionali e con le strategie comunitarie;
4. risultati attesi e valutazione degli impatti;
5. sistemi di attuazione proposti.

Partendo da una fotografia del quadro regionale in termini socio-demo-

grafici, epidemiologici e di domanda-offerta di servizi sanitari, con la relativa organizzazione della rete dell'emergenza, ospedaliera e territoriale, il Documento Programmatico individua i bisogni che scaturiscono dall'analisi della realtà rilevata. L'analisi fornisce in particolare elementi sulla mobilità passiva e attiva e dati sugli standard di assistenza ospedaliera e territoriale.

Le strategie proposte, esplicitate in obiettivi generali e specifici e inquadrare nell'analisi economico-finanziaria del programma, vengono quindi poste in coerenza rispetto alle politiche nazionali (quali il PSN, i Piani di Rientro, il Patto per la salute, etc.) e regionali (quali il PSR, il Piano di rete ospedaliera e territoriale, etc.) e in accordo con eventuali politiche comunitarie in materia. Questa analisi garantisce la solidità programmatica complessiva perché inquadra gli obiettivi del programma in contesti programmatici intersettoriali e definiti da attori istituzionali di vario livello.

Il Documento Programmatico rappresenta anche la sostenibilità degli interventi proposti, in termini di sostenibilità economico-finanziaria, amministrativo-gestionale e di risorse umane, a partire da possibili condizionamenti che possono comunque influenzare il raggiungimento degli obiettivi.

Particolare enfasi è dedicata dalla MexA alla rappresentazione dei risultati attesi e alla valutazione degli impatti, che sarà tanto più agevolata quanto più saranno stati individuati specifici indicatori attraverso i quali misurare il raggiungimento degli obiettivi, anche in itinere.

La solidità della metodologia proposta con la MexA sta nel fatto che, come accennato, essa nasce dalla messa a sistema delle esperienze maturate negli anni dalle diverse Regioni, orientata dall'approccio già definito a livello comunitario e di indirizzi di metodologia di programmazione.

La predisposizione del documento è stata inoltre via via testata dalle Regioni che hanno adottato la MexA, seppur nelle diverse versioni “in progress”, per la stesura dei propri documenti programmatici, fino ad arrivare alla formale condivisione istituzionale sancita nel citato Accordo Stato/Regioni del 28 febbraio 2008. A partire da questa data, la MexA è stata formalmente adottata per la predisposizione degli Accordi da parte delle Regioni che nel corso del 2008

hanno proceduto alla sottoscrizione di nuovi Accordi, quali la Lombardia, il Piemonte, la Valle d’Aosta, la Sardegna, l’Abruzzo, la Sicilia e il Molise.

### **Bibliografia essenziale**

Metodologia per la valutazione ex ante (MexA).  
Sito del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali – sezione: “Investimenti in sanità” – pagina: [www.ministero-salute.it/imgs/C\\_17\\_normativa\\_1666\\_allegato.pdf](http://www.ministero-salute.it/imgs/C_17_normativa_1666_allegato.pdf).

## Fondi strutturali europei 2000-2006 e Quadro Strategico Nazionale 2007-2013

### Introduzione

La nuova stagione delle politiche di coesione accompagnerà la programmazione degli interventi strutturali di tutte le Amministrazioni centrali e le Regioni italiane per il settennio 2007-2013. Non vi è dubbio che le politiche di coesione rappresentano per il settore salute una grande opportunità: sono risorse essenziali per attivare ed innescare, ad integrazione delle risorse ordinarie, processi di crescita, di sviluppo e di coesione soprattutto per le Regioni del Mezzogiorno, che scontano enormi ritardi e difficoltà rispetto alle altre Regioni del Paese.

La programmazione 2000-2006, attualmente in chiusura, ha messo in evidenza l'importanza del supporto comunitario in questo settore, fornendo un contributo significativo alla realizzazione di tutte quelle attività mirate a rafforzare l'integrazione tra politiche strutturali e la tutela della salute pubblica e a potenziare la capacità di valutazione della sostenibilità delle politiche di sviluppo, in termini di impatto sulla salute e di modernizzazione del modello sociale.

In linea con quanto fino ad oggi sostenuto, il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali – settore Salute per il periodo 2007-2013 ha individuato i seguenti macroambiti di policy che sono stati oggetto del Contributo del Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali al Documento Strategico Preliminare Nazionale 2007-2013:

1. Miglioramento dei livelli di fruibilità

dei servizi sanitari e misurazione del loro impatto sul miglioramento delle condizioni di salute sulla popolazione.

2. Attivazione di sviluppo economico e sociale, orientato alla implementazione dei processi di crescita dell'occupazione e alla creazione di nuove imprese derivanti dalle politiche e dagli interventi realizzati nel settore sanitario.

Il processo di definizione della programmazione comunitaria 2007-2013 si è concluso con l'approvazione del Quadro Strategico Nazionale, messo a punto in versione definitiva a seguito della conclusione del negoziato con Bruxelles. Il documento è stato approvato dalla Commissione europea con decisione del 13 luglio 2007.

### Il Progetto di Assistenza Tecnica 2000-2006 alle Regioni obiettivo 1

Lo scorso ciclo di programmazione ha rappresentato per il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali – settore Salute la prima esperienza in qualità di fornitore di assistenza tecnica alle Regioni obiettivo 1 nell'ambito della programmazione dei Fondi comunitari. Nello specifico, nell'ambito del Programma Operativo Nazionale di Assistenza Tecnica ed Azioni di Sistema 2000-2006 (PON ATAS), sono state attuate, attraverso una dotazione finanziaria di circa 4,6 Meuro, azioni di assistenza tecnica alle Regioni del Mezzogiorno.