

Nel corrente anno, con riguardo alla Cabina di Regia per lo sviluppo del Nuovo Sistema Informativo Sanitario, è stato approvato il modello concettuale di riferimento per il monitoraggio dei servizi erogati dal Sistema Sanitario Nazionale⁷⁷. Il documento definisce la cornice strategica di riferimento per lo sviluppo dei progetti di attuazione degli obiettivi strategici del NSIS approvati dalla Cabina di Regia nel corso della riunione del 11 settembre 2002: lo sviluppo di un sistema di integrazione delle informazioni sanitarie individuali; il monitoraggio della rete di assistenza nel suo complesso; il monitoraggio dei LEA, dell'appropriatezza e dei tempi/liste di attesa; il monitoraggio dei costi; il monitoraggio e la tutela della salute mentale; il monitoraggio del ciclo di vita del farmaco e dell'impiego dei medicinali. La rilevanza della tematica si rileva anche dalla riproposizione nella direttiva 2003 dell'obiettivo annuale Ob. 11⁷⁸, riacordato al programma di Governo, che espressamente ad esso fa riferimento.

La tematica interessa sempre più, per le ragioni sistematiche cui si è fatto cenno, la Conferenza Stato-Regioni, nel cui alveo opera la "Cabina di Regia", per la quale è stato approvato in data 27 febbraio 2003 il Regolamento di organizzazione e funzionamento. In tale ambito è seguito l'avvio degli studi di fattibilità per l'Osservatorio degli investimenti pubblici in sanità.

6. Gli investimenti per la riqualificazione dell'offerta sanitaria.

6.1 Le innovazioni procedurali nella seconda fase del programma di investimenti ex art. 20 legge n. 67 del 1988 e le problematiche generali del settore.

Il programma di investimenti in sanità previsto dall'art. 20 della legge n. 67/1988, ed al quale la Corte ha già nelle precedenti relazioni dedicato particolare attenzione - per l'entità delle risorse finanziarie mobilitate, e per le problematiche conseguenti al coinvolgimento di soggetti e di livelli decisionali diversi, anche all'interno delle amministrazioni centrali - ha registrato nel 2002 ulteriori sensibili modifiche sia di livello procedurale che finanziario, da valutare anche alla luce dei più complessi percorsi di riorganizzazione istituzionale che caratterizzano oggi il sistema. Le specifiche problematiche si innestano infatti in un complesso quadro evolutivo, che valorizza le fasi e gli strumenti di concertazione, in linea con i principi di collaborazione assunti a rango costituzionale dal nuovo Titolo V.

Sotto il profilo finanziario, l'originaria dotazione di 30.000 miliardi di vecchie lire è stata negli scorsi anni incrementata con risorse, anche specificamente destinate: in particolare l'art. 28 della legge n. 488/1999 ha destinato 30 miliardi di vecchie lire per la radioterapia (ripartiti con dm 28 febbraio 2001) e l'art. 83 della legge 388/2000 ha disposto l'assegnazione di ulteriori 4.000 miliardi di vecchie lire, di cui circa 1.600 miliardi, per strutture da destinare alla libera professione intra-moenia, (ripartiti con dm 8 giugno 2001) e circa 2.400 miliardi di vecchie lire per ulteriori programmi, (ripartiti con delibera CIPE 2 agosto 2002).

Va ricordato che a partire dal 1998, con l'abolizione del finanziamento tramite mutui, le risorse sono state assicurate annualmente da rifinanziamenti in tabella D delle leggi finanziarie e previste quali importi da iscrivere in bilancio in tabella F, in relazione alle autorizzazioni di spesa previste da leggi pluriennali, sulla base degli sviluppi della programmazione negoziata,

⁷⁷ Il modello concettuale è il documento di riferimento che descrive, in ottica di lungo periodo, il quadro di sviluppo degli obiettivi strategici per l'attuazione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario, approvati dalla Cabina di Regia. Il modello concettuale per il monitoraggio dei servizi erogati dal SSN, descrive: il macro modello dei dati raccolti, elaborati e resi disponibili dal Nuovo Sistema Informativo Sanitario; la sequenza di "stadi" attraverso i quali dovranno essere traggurati gli obiettivi strategici identificati dalla Cabina di Regia; le informazioni che verranno rese disponibili ai diversi attori, per ciascuno degli stadi di sviluppo degli obiettivi strategici; i vincoli per l'effettivo raggiungimento degli obiettivi.

⁷⁸ Ob. 11 Prosecuzione della realizzazione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario, articolato negli Obiettivi Operativi 11.1 NSIS. Realizzazione di progetti previsti per il 2003 e 11.2 Sperimentazione dell'uso della firma digitale nella gestione informatizzata dei flussi documentali.

con il concerto del Ministero dell'economia e finanze e d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni⁷⁹.

Tali interventi finanziari si sono accompagnati alla seconda fase del programma straordinario⁸⁰ caratterizzata dalla attivazione degli accordi di programma, collegati alle intese di programma di cui alla legge n. 662/1996 ed esplicitamente previsti dall'art. 5 bis del d.lgs n. 502/1992⁸¹, introdotto dal d.lgs n. 229/1999. Essi prevedono - nei limiti delle disponibilità finanziarie iscritte nel bilancio dello Stato ed al di là della percentuale a carico delle Regioni (5%) - la possibilità di autofinanziamento da parte delle unità sanitarie locali, direttamente beneficiarie degli interventi. Una recente novità è rappresentata dalla possibilità, prevista dall'art. 55 della legge n. 289/2002 (legge finanziaria 2003) che le risorse finanziarie utilizzabili attraverso gli accordi di programma possano essere iscritte anche nei bilanci regionali. Peraltro la stessa legge finanziaria 2003 non ha previsto, per la prima volta a partire dal 1998, alcun incremento dello specifico stanziamento a carico dello Stato, allocato sul citato cap. 7464. dello stato di previsione del ministero dell'Economia. Ciò ha comportato notevoli ripercussioni sulla concreta operatività degli accordi inclusi nella seconda fase, per la quale è previsto un impegno complessivo di risorse pari a circa 12.720 milioni di euro (24.630 miliardi di vecchie lire); emerge in particolare il problema della copertura finanziaria delle risorse assegnate con la delibera CIPE 2 agosto 2002.

La accennata criticità determinata dalla mancata integrazione della copertura finanziaria ha sollecitato verifiche puntuali e approfondimenti circa i ritardi registrati nell'utilizzo delle somme già rese disponibili, nonché l'individuazione di modalità di ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse, in coerenza con le recenti disposizioni che ispirano i provvedimenti di contenimento e riqualificazione della finanza pubblica.

A tal fine è stata potenziata l'attività di monitoraggio sull'attuazione degli accordi di programma, la cui competenza è affidata dall'art. 5bis del d.lgs n. 502/1992 al Ministero della salute, con il supporto del Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici. Attraverso riunioni dei diversi Comitati istituzionali di gestione e attuazione degli accordi di programma è stato richiesto alle Regioni di fornire una puntuale individuazione dell'effettivo fabbisogno finanziario per il 2003, sia in termini previsionali delle somme da impegnare a fronte di opere realmente cantierabili, sia degli effettivi andamenti di cassa, con riguardo a ciascun accordo già sottoscritto, tenuto conto anche dell'effettiva capacità di spesa dimostrata. Da tale verifica è emerso, tra l'altro, che il sensibile ritardo nell'attuazione del programma è attribuibile in linea generale ad una sottostima del tempo fisiologico richiesto per passare dalla fase della programmazione degli interventi a quella della cantierabilità. L'amministrazione intende formulare sulla base di tali verifiche, in corso di ultimazione, una proposta di

⁷⁹ A partire dal 1998 fino al 2002 compreso, risultano complessivamente stanziati nel bilancio dello Stato circa 7.900 milioni di euro (15.300 miliardi di vecchie lire) a parziale copertura dei circa 12.720 milioni di euro (24.630 miliardi di vecchie lire) previsti dal programma. 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.

⁸⁰ Avviata con delibera CIPE n. 52 del 6 maggio 1998, con la quale è stato approvato il quadro programmatico generale (Programma nazionale quadro) relativo al completamento del programma, con la ripartizione alle Regioni ed alle Province autonome della somma risultante dalla differenza tra la quota complessiva e quanto effettivamente assegnato nel primo triennio, per un ammontare complessivo di 20.600 mld di vecchie lire, con una riserva di 1.226,811 mld destinata agli enti diversi dalle Regioni (I.R.C.C.S. - I.Z.S. - Policlinici Universitari. a gestione diretta - I.S.S.). Con ulteriore delibera n.53 adottata nella stessa data, nell'ambito del quadro programmatico sopra indicato è stato approvato un programma specifico per l'utilizzo della somma di 2.500 miliardi di vecchie lire per la realizzazione di opere prioritarie di completamento di strutture regionali sanitarie (1.476 miliardi) e per interventi urgenti nel settore della sicurezza (793 miliardi). Si ricorda anche la delibera CIPE del 21 marzo 1997 che ha previsto una priorità di obiettivi da raggiungere da parte di Regioni e Province autonome nell'esercizio dell'attività programmatica regionale, con riferimenti alle strutture ospedaliere, alle strutture per anziani ed a quelle territoriali.

⁸¹ Il terzo comma del citato art. n.5 bis del d.lgs. n. 502/1999 prevede, in caso di mancata attivazione del programma oggetto dell'accordo, la riprogrammazione e la riassegnazione della copertura finanziaria in favore di altre Regioni o di enti pubblici interessati, tenuto conto della capacità di spesa e di immediato utilizzo delle risorse.

riprogrammazione e riassegnazione della copertura finanziaria da sottoporre alla Conferenza Stato-Regioni, secondo quanto previsto dal terzo comma del citato art. 5 bis, al fine di restituire una fisiologica dinamica al programma di investimenti, pur nella accennata difficile situazione finanziaria complessiva⁸².

La materia coinvolge, oltre al Ministero della salute⁸³ - il Ministero dell'economia e delle finanze, nelle diverse articolazioni del Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato IGESPES, cui fanno capo le somme necessarie al pagamento delle opere autorizzate (capitolo 7464), liquidate a seguito di stato di avanzamento lavori, e del Dipartimento per le Politiche di Sviluppo e di Coesione - Unità di Verifica degli Investimenti Pubblici. Con tale ultima struttura prosegue l'attività, relativa alla sperimentazione del "Codice Unico Progetto" per la codifica di alcuni interventi selezionati dal programma di investimenti.

Al di là della possibile riconduzione unitaria della allocazione contabile e del centro di responsabilità decisionale - in linea con i principi di riforma del bilancio statale, di responsabilizzazione della dirigenza e di semplificazione delle procedure - va comunque segnalato il rilievo di un tempestivo ed efficace monitoraggio, anche al fine di riprogrammazione e riallocazione delle risorse.

In tal senso di notevole significato è la previsione, contenuta nell'accordo stipulato in data 19 dicembre 2002 tra il Governo, le Regioni, le Province autonome di Trento e di Bolzano, "sulla semplificazione delle procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità" (n. 1587), di una ricognizione a cadenza annuale con finalità di monitoraggio dello stato di attuazione del programma attraverso l'introduzione di un flusso informativo tra Regioni e Stato (Ministero della Salute e Ministero dell'Economia) anche al fine di individuare le risorse da impegnare annualmente in bilancio. Ciò sottende, in un quadro di fattiva collaborazione, una tempestiva alimentazione ed un corretto funzionamento del sistema di monitoraggio, sulla base di metodiche condivise dalle Regioni e dal Ministero. In proposito nell'ambito della Cabina di Regia per lo sviluppo del Nuovo Sistema Informativo Sanitario è stata approfondita la tematica relativa all'osservatorio degli investimenti pubblici in sanità con l'obiettivo nella prima fase di realizzare un sistema integrato per il monitoraggio delle diverse linee di investimento, alimentato con le informazioni relative agli accordi di programma. L'accordo nasce nell'intento di corrispondere all'esigenza espressa in particolare dalle Regioni volte alla semplificazione delle procedure di ammissione a finanziamento, erogazione e monitoraggio degli investimenti pubblici in sanità⁸⁴.

L'accordo stipulato in data 19 dicembre 2002 si muove nell'ottica di favorire la semplificazione delle procedure e la omogeneizzazione dei procedimenti di finanziamento e di monitoraggio dei programmi ex art. 20 legge n. 67/88, del programma per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri urbani (art. 71 legge n. 448/1998) e del Programma per la realizzazione delle strutture residenziali per malati terminali (hospice). Si è così proceduto ad una revisione complessiva degli adempimenti già previsti con la circolare 10

⁸² L'amministrazione comunica altresì che è stata pressoché definita la verifica sullo stato di attuazione degli interventi finanziati nella prima fase, conclusasi nel 1996, relativamente all'apertura dei cantieri e all'attivazione delle opere alla data di dicembre 2002, così come la verifica sullo stato di attuazione degli interventi finanziati con la prima tranche della seconda fase (delibera CIPE n. 53 del 6/5/1998 - completamenti e messa a norma) relativamente all'apertura dei cantieri ed alle percentuali di finanziamento erogato.

⁸³ Si osserva che era stata istituita - in base al d.P.R. n. 435 del 7 dicembre 2000, oggi sostituito da d.P.R.n. 129 del 28 marzo 2003, che non prevede una struttura di pari denominazione - la direzione Generale dei Sistemi Informativi e Statistici e degli Investimenti, Strutture e Tecnologie.

⁸⁴ In una prima fase le informazioni relative all'anagrafe delle strutture sono quelle attualmente presenti nel Sistema Storico Statistico del SIS. Nella seconda fase il sistema verrà completato con l'aggiunta di strumenti di analisi comparative a supporto dei processi decisionali e con l'integrazione delle informazioni della rete di assistenza e di monitoraggio dei costi. Per l'individuazione delle voci di costo è stato utilizzato il modello proposto dall'Autorità per l'Informatica nella P.A., nel quale si distinguono due categorie di costi: i costi sostenuti per lo sviluppo e l'avviamento del sistema e i costi correlati all'esercizio.

febbraio 1994, con l'obiettivo di una accelerazione e semplificazione delle procedure di ammissione a finanziamento e di erogazione finanziaria, attraverso la compilazione di moduli prestampati e la produzione in allegato di tutta la documentazione progettuale-esecutiva, autorizzatoria e finanziaria indicata nell'accordo, con la prefissione di un limite massimo temporale per l'aggiudicazione dei lavori decorrente dall'avvenuta ammissione a finanziamento.

Tali più recenti innovazioni seguono ad un percorso di innovazioni strutturali e procedurali, che ha caratterizzato l'intera seconda fase del programma, volte a far fronte alle criticità riscontrate nella prima fase⁸⁵, promuovendo in particolare il rilancio della funzione programmatoria ed il recupero della capacità progettuale a livello regionale attraverso gli accordi previsti dall'art. 5 bis del d.lgs. n. 502/1992⁸⁶, significativi sia nel profilo qualitativo, che quantitativo per la mobilitazione delle risorse operate.

Risultano sinora sottoscritti 17 Accordi di programma tra il Ministero della salute e le Regioni e le Province autonome; nel 2002 sono stati sottoscritti gli Accordi di programma con la Regione Friuli Venezia Giulia, con la Regione Liguria e con la Regione siciliana. Il valore complessivo degli accordi sinora sottoscritti ammonta a 6 miliardi e 600 milioni di euro, per oltre 1300 opere, di cui ne sono risultate effettivamente cantierabili oltre 500. Una analisi approfondita di tali accordi, sia con riferimento agli importi che alla tipologia di investimenti, è contenuta nella già citata Relazione recentemente resa dalla Corte sulle Regioni a Statuto ordinario.

L'accelerazione dei finanziamenti si ricollega anche alla operatività di talune disposizioni introdotte con la legge n. 144/1999, cui è stata data attuazione con delibera CIPE n. 141 del 6 agosto 1999, con la quale si sono trasferiti i compiti di gestione tecnica amministrativa e finanziaria già attribuiti al CIPE alle diverse amministrazioni settorialmente competenti (riservando allo stesso CIPE una generale competenza sulle questioni di più rilevante valenza economico-finanziaria, insieme alla funzione di coordinamento a livello territoriale e settoriale). Al Ministero della sanità sono state di conseguenza attribuite (art. 4) le funzioni relative all'ammissione a finanziamento dei progetti di edilizia sanitaria suscettibili d'immediata realizzazione, nell'intento di accelerare scansioni procedurali che, soprattutto nella prima fase del programma, avevano evidenziato criticità, già rappresentate dalla Corte.

Con l'art. 1 della stessa legge n. 144 - norma ritenuta coerente ai principi costituzionali⁸⁷ - si è disposto che le amministrazioni centrali e regionali si dotino di propri nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici, in grado di garantire il supporto tecnico nelle fasi di programmazione, valutazione, attuazione e verifica dei piani, programmi e politiche di interventi promossi ed attuati, in un disegno operativo di rete integrata. Il Nucleo del

⁸⁵ Vedasi le precedenti relazioni della Corte.

⁸⁶ L'art. 5bis del d.lgs. n. 502 e successive integrazioni e modificazioni prevede che il Ministero della salute può stipulare, di concerto con il Ministero dell'Economia e Finanze e d'intesa con la Conferenza permanente e nei limiti delle disponibilità finanziarie iscritte nel bilancio dello Stato e delle Regioni (queste ultime introdotte con emendamento nella finanziaria 2003), accordi di programma con le Regioni e con altri soggetti pubblici interessati aventi ad oggetto la relativa copertura finanziaria nell'arco pluriennale degli interventi, l'accelerazione delle procedure e la realizzazione di opere. Va segnalato il terzo comma del citato art. 5 bis del d.lgs. n. 502/1999 il quale, in caso di mancata attivazione del programma oggetto dell'accordo, prevede la riprogrammazione e la riassegnazione della copertura finanziaria in favore di altre Regioni o di enti pubblici interessati, tenuto conto della capacità di spesa e di immediato utilizzo delle risorse. Vanno ricordati anche gli Accordi di programma quadro, stipulati ai sensi dell'art. 2 della legge finanziaria 662/1996 (intese istituzionali di programma con le Regioni Lombardia, Toscana e Basilicata).

⁸⁷ Con riguardo a tale norma è intervenuta una pronuncia della Corte costituzionale (Corte cost., sent. n. 314 del 27 luglio 2001), nella quale sono state richiamate le finalità della disciplina, che si colloca nel più ampio contesto delle riforme amministrative e di adeguamento ai principi dell'ordinamento comunitario, orientati a potenziare azioni di sviluppo della Comunità, attraverso la realizzazione della coesione economica e sociale. In particolare si tratta per la Consulta di un qualificato contributo che "rimane pur sempre contenuto nei limiti di un'attività di ausilio tecnico-valutativo alle decisioni che competono alle singole amministrazioni".

ministero è stato istituito con dm 27 settembre 2000⁸⁸, con l'obiettivo di supportare le Regioni nelle fasi di programmazione, valutazione, attuazione e verifica dei loro piani e programmi, anche attraverso la produzione di strumenti metodologici e informativi in grado di valorizzare e di trasferire le esperienze locali, di elevare il livello qualitativo e l'affidabilità delle politiche pubbliche di investimento, di ottimizzare l'impiego delle risorse progettuali e finanziarie. Il Nucleo opera nell'ambito delle diverse linee dei programmi di investimento, finalizzate alla riqualificazione delle strutture e delle tecnologie sanitarie, in attuazione dell'art. 20 della legge n. 67/1988, degli interventi per le città e per la rete degli hospices, nonché per le iniziative relative ai fondi strutturali europei.

Nell'attuale contesto istituzionale - nel quale è privilegiato a livello regionale il momento programmatico e di concertazione sul territorio delle politiche locali volte alla riqualificazione dell'offerta pubblica, mentre al livello centrale, nel rispetto del principio della sussidiarietà, si riconducono compiti di indirizzo, sostegno e monitoraggio del grado di conseguimento degli obiettivi - assumono peculiare rilievo le procedure di collaborazione che qualificano l'attuazione degli obiettivi programmatici generali e di settore, fondati sulla utilizzazione comparata di sistemi e metodologie progettuali. In tal senso il Nucleo, che si avvale della competenza di esperti regionali, rappresenta nel settore un riferimento tecnico che raccoglie ed elabora "buone pratiche" per fornire set metodologici utili alle regioni; in tal senso è stato perfezionato un documento relativo alle "linee guida per la predisposizione di strumenti di programmazione ex ante". Il Nucleo è stato recentemente impegnato anche nell'approfondimento delle tematiche relative al project financing attraverso un tavolo di confronto delle diverse esperienze regionali ed aziendali. A conferma delle strette interazioni tra le diverse linee programmatiche, è iniziata la collaborazione con il Comitato scientifico costituito con dm 13 gennaio 2003 per la predisposizione del documento per l'individuazione delle caratteristiche e dei criteri sulla cui base possono essere individuati, da parte delle Regioni, i Centri d'eccellenza (oggetto di specifica attenzione nella direttiva generale per il 2003; vedasi par. 2 del capitolo dedicato al ministero).

Le linee unificanti dei diversi programmi di investimenti valorizzate nel citato accordo tra Stato e regioni del 19 dicembre 2002, "sulla semplificazione delle procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità", trovano conferma nelle connessioni con specifici rilevanti obiettivi strategici presenti nei Piani sanitari nazionale e regionali, quali ad esempio, i Centri di eccellenza, richiamati, come si è detto, anche nella programmazione ministeriale⁸⁹.

La programmazione degli investimenti - nella complessa ricostruzione del quadro programmatico in sanità - va altresì letta in connessione con gli obiettivi normativi e programmatici, più volte rappresentati, di razionalizzazione complessiva della rete ospedaliera, attraverso interventi di riequilibrio territoriale delle strutture, con la sostituzione o ristrutturazione dei posti letto a più elevato degrado strutturale, e contemporanea realizzazione di 140.000 posti letti in strutture residenziali per anziani (RSA) che non possono essere assistiti a domicilio e che richiedono assistenza prolungata. In tale contesto rilevano anche le risorse che l'INAIL deve riservare annualmente in base alle leggi finanziarie 1995 e 1996⁹⁰ per la realizzazione o all'acquisto di opere da locare al SSN o da destinare a centri per la riabilitazione. Dalla analisi operata emergono, in definitiva, sensibili segnali volti a razionalizzare e semplificare la pluralità degli adempimenti e delle competenze coinvolte nella attivazione degli investimenti pubblici in sanità, con un maggiore coinvolgimento delle regioni e delle stesse aziende ed enti interessati e che peraltro registra tuttora, anche per la complessità del sistema e la pluralità dei centri decisionali, criticità di ordine finanziario e procedurale.

⁸⁸ Il dm 27 settembre 2000 è stato integrato e reso operativo con successivi decreti ministeriali 31 gennaio, 10 maggio 2001 e 17 dicembre 2002.

⁸⁹ Vedi supra, par. 2 del capitolo dedicato al ministero.

⁹⁰ Art. 2 della legge 28 dicembre 1995, n. 549 e art. 2 della legge 23 dicembre 1996, n. 662.

Nella complessa problematica è significativa l'attività di ricognizione del patrimonio del S.S.N.. Al fine di aggiornare il censimento del 1988, previsto come attività preliminare all'avvio del Programma straordinario di investimenti, ex art. 20 legge n. 67/1988. con dm 22 dicembre 2000 è stato istituito un apposito Gruppo di lavoro interistituzionale, che ha elaborato un primo documento, esaminato dalla Conferenza Stato-Regioni. Il progetto, di notevole complessità, si ricollega anche alla Rete Europea dei proprietari di patrimonio edilizio sanitario, in vista della quale sono proseguiti i contatti con i Paesi europei interessati a un lavoro comune su modelli, costi e iniziative in materia di edilizia sanitaria, e sono stati intrapresi i passi per la formale adesione del ministero alla Rete⁹¹.

6.2 Specifiche linee di finanziamento del programma di investimenti.

6.2.1 Programma AIDS e Malattie infettive.

Nel contesto di riqualificazione del patrimonio immobiliare sanitario un ruolo specifico riveste il "Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS" (di cui alla legge n. 135/90 ed alle delibere CIPE del 21/12/1993 e del 6/5/1998), che prevede la costruzione e la ristrutturazione dei reparti di ricovero per malattie infettive, comprese le attrezzature e gli arredi, e l'istituzione e il potenziamento dei laboratori di virologia, microbiologia e immunologia, per un importo massimo di 2.100 miliardi di vecchie lire. Con riguardo ad esso erano state segnalate difficoltà progettuali, manifestatesi soprattutto nelle regioni del Mezzogiorno, nell'utilizzo delle quote di finanziamento assegnate. L'amministrazione informa che è proseguita l'attività di monitoraggio per verificare l'effettivo andamento strutturale e finanziario degli interventi previsto dal programma.

6.2.2 Il potenziamento delle strutture di radioterapia.

Il carattere prioritario del settore della radioterapia è stato evidenziato nei documenti programmatici ed in tutti gli accordi di programma sottoscritti ex art. 2 della legge n. 622/1996 e ex art. 5bis del d.lgs. n. 502/1992. Agli obiettivi di potenziamento e riqualificazione del parco tecnologico del servizio sanitario nazionale concorrono anche le somme stanziolate dalle leggi finanziarie⁹² per il potenziamento delle strutture di radioterapia di per sé non sufficienti a sostenere un programma specifico. La proposta di assegnazione delle somme, condivisa dalla Conferenza Stato Regioni, nella seduta del 1° febbraio 2001, è stata poi recepita nel dm 28 dicembre 2001, con l'assegnazione della quota a ciascuna Regione e Provincia autonoma, della somma di 14.571 milioni di euro (pari a 28.213.382.039 di vecchie lire), con un accantonamento di 923 mila euro (pari a 1.786.617.961 di lire) riservato agli IRCCS ed ai Policlinici a gestione diretta. L'amministrazione informa che è in corso l'ammissione a finanziamento degli interventi individuati dalle Regioni a valere sulla quota ripartita con dm 28 dicembre 2001.

⁹¹ Una ulteriore, anche se più specifica, connessione con i più generali interventi governativi è rappresentato dal Gruppo di lavoro per la sicurezza sismica degli ospedali, istituito con DM del 22/12/2000, che ha predisposto il documento "Raccomandazioni per il miglioramento della sicurezza sismica e della funzionalità degli ospedali"; è al riguardo in corso una verifica della coerenza del documento stesso rispetto alla recente Ordinanza sulla sicurezza sismica degli edifici, pubblicata in G.U. l'8/5/2003, cui seguiranno iniziative di diffusione e di affiancamento nell'adozione presso le Regioni. Tali rapide considerazioni confermano la complessità delle interazioni programmatiche ed operative delle politiche degli investimenti in sanità e la necessità di effettivi momenti di raccordo e cooperazione interistituzionale.

⁹² Si ricorda che l'art. 28, comma 12, legge n. 488 del 23 dicembre 1999, autorizza un'ulteriore spesa di lire 30 miliardi di vecchie lire nel triennio 2000-2002 per il potenziamento delle strutture di radioterapia; la legge finanziaria 2001, all'art. 96, riserva ulteriori 20 miliardi per ciascuno degli anni 2001 e 2002, da assicurare nell'ambito dei programmi di cui all'art. 20.

6.2.3. La libera professione interna (d.lgs. n. 254 del 28/7/2000).

Tra le specifiche linee di finanziamento che caratterizzano il programma di investimenti, peculiare rilievo, anche in connessione con le riforme intervenute nel settore, rivestono le misure finalizzate a consentire la libera professione intra-moenia, la cui copertura finanziaria (1.800 miliardi di vecchie lire) è assicurata dalla legge 23 dicembre 2000, che, all'art. 83, comma 3, eleva l'importo del programma di investimenti ex art. 20 legge n. 67/1988 a 34.000 miliardi di vecchie lire⁹³.

La normativa prevede la predisposizione da parte delle Regioni e gli enti di cui alla legge n. 492 del 1993, entro il 31/12/2000, del programma, con l'attribuzione (comma 3) di un potere sostitutivo alle Regioni stesse, nel caso di ritardo ingiustificato nella realizzazione delle strutture e delle tecnologie da parte dei soggetti interessati. Al ministero della salute, tramite l'Osservatorio per l'attività libero-professionale, la norma riconosce un potere di monitoraggio al fine di informare annualmente il Parlamento sull'attuazione del programma in coerenza con i principi stabiliti dalla normativa di riferimento. La proposta di riparto è stata approvata dalla Conferenza Stato Regioni in data 19 aprile 2001 e con dm 8 giugno 2001, a valere sulla predetta somma di 929.622.418,36 euro, è stato ripartito fra le Regioni l'importo di 826.143,1 milioni di euro.

6.3 Il Programma per la realizzazione di strutture per cure palliative e di assistenza ai malati terminali ed il Piano straordinario per le grandi città.

- Il Programma per la realizzazione di strutture per cure palliative e di assistenza ai malati terminali.

In coerenza con gli obiettivi del Piano sanitario nazionale 1998-2000 - Obiettivo IV, del PSN "Rafforzare la tutela dei soggetti deboli" - è stato finanziato il "Programma su base nazionale per la realizzazione, in ciascuna regione e provincia autonoma, di almeno una struttura, dedicata all'assistenza palliativa e di supporto, prioritariamente per i pazienti affetti da patologia neoplastica terminale che necessitano di cure finalizzate ad assicurare agli stessi e ai loro familiari una migliore qualità della vita". Con il dm 28 settembre 1999 sono state predisposte le caratteristiche del "Programma nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative", attuando altresì il riparto delle somme assegnate a tal fine dalla legge, per le prime due annualità delle tre previste⁹⁴. In coerenza con gli obiettivi del Piano sanitario nazionale, il programma prevede, oltre alla realizzazione dei Centri residenziali, la predisposizione di un programma complessivo della rete di assistenza integrata con gli altri servizi del territorio e con l'ospedale, i programmi di formazione del personale e il piano di comunicazione alla cittadinanza finalizzato alla corretta divulgazione del nuovo servizio⁹⁵.

Con Dpcm 20 gennaio 2000 è stato emanato l'"Atto di indirizzo e coordinamento recante requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per i centri residenziali di cure palliative" (hospice), ad integrazione dei requisiti per l'esercizio dell'attività sanitaria approvati con d.P.R. 14 gennaio 1997. Le Regioni, dopo aver adottato il programma regionale applicativo del programma nazionale per le cure palliative hanno presentato i progetti ed i piani di

⁹³ La somma residua rispetto a quanto stanziato con l'art. 83 della legge 388/2000, pari ad 1.239,7 milioni di euro è stata ripartita con la delibera CIPE adottata il 2 agosto 2002 per il completamento del programma di edilizia sanitaria.

⁹⁴ Con il dm 28 settembre 1999 è stato adottato il "Programma nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative" ed è stato attuato il riparto regionale per gli anni 1998/1999 della somma di lire 256.511.000.000 (132.476,9 milioni di euro), con attribuzione al Ministero della Salute di poteri di verifica dell'attuazione dello stesso. Il criterio di ripartizione è costituito dal tasso di mortalità regionale per neoplasie e dal tasso di mortalità generale.

⁹⁵ Va segnalato che in base all'art. 92 della legge n. 388/2000, è prevista la possibilità per le regioni di stipulare convenzioni con istituzioni ed organismi a scopo non lucrativo che dispongano di strutture idonee. La stessa norma, oltre a consentire il finanziamento per la ristrutturazione e l'adeguamento di strutture con vincolo trentennale, ammette a finanziamento anche progetti presentati da organismi a scopo non lucrativo che svolgano attività nel settore dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria.

integrazione degli interventi relativi alle prime due annualità (1998-99) al Ministero, che ne ha effettuato la valutazione di congruità⁹⁶ disponendo il finanziamento e l'erogazione del 5% delle quote assegnate per le annualità 1998-1999-2000-2001-2002⁹⁷.

- Il Piano straordinario per le grandi città, di cui all'art. 71 della legge 23 dicembre 1998 n. 448.

Il piano straordinario per le grandi città previsto dall'art. 71 della legge n. 448 del 23 dicembre 1998, in linea con gli obiettivi previsti dal Dpof 1999-2001 di riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri urbani, con particolare attenzione al Mezzogiorno⁹⁸, era stato inizialmente finanziato con 1500 miliardi di vecchie lire, integrati fino a 2400 miliardi con la successiva legge finanziaria⁹⁹.

Il programma non prevede quote prestabilite, ma l'allocazione delle risorse in relazione alle situazioni emergenti dai progetti, alle criticità da superare, ai modi, ai tempi di intervento e alla validità dell'analisi di contesto effettuata; per tale obiettivo è richiesto un cofinanziamento minimo pari al 30%, a carico di altri enti pubblici o privati¹⁰⁰. Con dm 15 settembre 1999 sono stati fissati i criteri, le modalità ed i termini per la elaborazione e la presentazione dei progetti con la indicazione dei criteri indicativi per la valutazione e l'attivazione delle azioni di sostegno, anche in relazione alle criticità più significative del sistema sanitario delle grandi aree urbane¹⁰¹. Con il dm 8 febbraio 2000 sono stati ripartiti 15 miliardi di vecchie lire. Con il dm 5 aprile 2001 sono stati individuati i progetti beneficiari del finanziamento e ripartite le risorse finalizzate per l'intero ammontare previsto (2.400 miliardi di vecchie lire). Complessa, anche in relazione ai generali provvedimenti di contenimento della spesa pubblica, risulta la situazione contabile; come esposto anche nel capitolo dedicato al ministero in data 20 marzo 2003 è stata effettuata una riduzione dei residui di stanziamento conservati al 31 dicembre 2002 sul cap. 7040 per un importo di 49,2 milioni di euro.

⁹⁶ L'amministrazione nell'esaminare la documentazione relativa ai progetti Hospice di talune regioni ha riscontrato un disallineamento tra quanto presentato e quanto previsto dal Programma Nazionale, nonché scostamenti dai requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi fissati dal dPCM 20 gennaio 2000 oppure dagli importi assegnati, provvedendo di conseguenza a segnalare tali difformità alle regioni interessate. L'amministrazione ha concentrato gli sforzi anche in vista della realizzazione del sistema di monitoraggio dei finanziamenti inerenti la specifica linea in discorso.

⁹⁷ Con dm 28 marzo 2001, 4 maggio 2001, 5 settembre 2001, 6 dicembre 2001, 25 settembre 2002, 11 ottobre 2002.

⁹⁸ Il programma era volto a superare gli elementi di criticità del sistema sanitario nelle grandi città rappresentati dai fenomeni di congestionamento delle strutture, da lunghe liste di attesa, di carenza di requisiti di sicurezza, nonché dalla concentrazione in zone periferiche di fasce deboli della popolazione. L'intento, a fronte della crescente esigenza di ammodernamento dell'offerta di prestazioni sanitarie, è di attivare politiche nazionali e regionali volte a sviluppare servizi innovativi, a costi contenuti, coinvolgenti direttamente gli enti locali, il volontariato e le famiglie, anche attraverso forme di cofinanziamento, soprattutto nelle grandi città, con particolare attenzione al Mezzogiorno.

⁹⁹ Tabella D allegata alla legge 23 dicembre 1999, n. 488.

¹⁰⁰ Gli obiettivi del programma sono molto ampi e trasversali, rispetto alle varie tipologie di intervento, e riguardano interventi strutturali e logistici, programmi indirizzati all'innalzamento degli standard di salute della collettività e progetti a carattere organizzativo. In questo senso i progetti dovrebbero favorire: il coordinamento delle attività svolte dai singoli soggetti che operano nella sanità dei grandi centri urbani (ASL, Aziende ospedaliere, Policlinici IRCCS etc.); il coordinamento degli interventi di sviluppo e di riqualificazione delle strutture sanitarie dei centri urbani, secondo criteri rispondenti a logiche di equa distribuzione territoriale dei servizi; la razionalizzazione degli investimenti in edilizia ospedaliera e nelle dotazioni tecnologiche; il coordinamento degli interventi sanitari con altri interventi di sviluppo e riqualificazione territoriale dell'area (trasporti, urbanistica, acqua etc.).

¹⁰¹ Dall'applicazione di alcuni parametri (concentrazione dell'offerta ospedaliera in strutture di grandi dimensioni; assistenza erogata a utenti non residenti; indice di vecchiaia; tasso di mortalità infantile) sono state individuate le seguenti città: Roma, Milano, Napoli, Torino, Genova, Palermo, Bologna, Firenze, Catania, Bari, Venezia, Taranto, Reggio Calabria, Cagliari, Perugia, alle quali, in sede di Conferenza Stato Regioni, sono state aggiunte: Ancona; Perugia; Campobasso; Potenza; Catanzaro, l'Aquila.