

La suesposta tabella consente di misurare la complessità della casistica trattata in ambito ospedaliero con riferimento alle varie aree territoriali²⁶. Da dire che valori dell'indice di *case mix* superiori all'unità indicano un peso superiore alla media dello standard nazionale [Italia].

Con riferimento alle Regioni a statuto ordinario, tutto il Nord - nonché Toscana, Umbria e Marche - espone un indice di complessità superiore alla media nazionale con punte massime in Friuli V. Giulia [1,15], Toscana e Emilia Romagna [1,09], Lombardia [1,08], Piemonte e Liguria [1,06]; sotto media il Lazio [0,99] mentre Campania e Puglia espongono prestazioni ospedaliere caratterizzate dagli indici di minore complessità [0,88 e 0,87].

Nel rapporto con DRG omologhi, i casi complicati misurati in media nazionale assumono la percentuale del 23,2%, a fronte della quale livelli superiori si riscontrano in tutte le Regioni del Nord nonché in Toscana, Molise e Marche. Le altre Regioni del Centro e tutto il Sud-Isole mostrano percentuali di complessità inferiori alla media. Da segnalare poi il caso dell'Emilia Romagna con la percentuale più elevata per complessità fra le Regioni a statuto ordinario [26,2%] mentre i casi meno complicati si riscontrano in Campania [18,3%] e Basilicata [20,3%]. Fra le Regioni a statuto speciale, la minore complessità di casi trattati è in Sicilia [20,3%].

Tali risultati trovano conferma sulla base della percentuale dei ricoveri chirurgici rispetto a quelli medici. Nella media nazionale, i primi interessano il 32,2% mentre quelli esclusivamente medici si attestano al 67,8%. Episodi chirurgici superiori alla

²⁶ L'indice di *case mix* [ICM] esprime la complessità della casistica trattata tramite la standardizzazione dell'attività di una data unità produttiva per un indice tipo, costituito dalla degenza media DRG specifica di uno standard.

media si registrano in Veneto [37,2%], in Lombardia [37,2%], in Emilia Romagna [36,5%].

11.4. *Conclusive valutazioni sulla base degli indicatori*

I suesposti dati mettono in chiaro una variabilità dipendente dalla differente morfologia delle prestazioni ospedaliere che caratterizzano le diverse realtà territoriali.

Il confronto interregionale consente queste conclusioni.

In primo luogo, gli indicatori relativi a degenza media [DM] e tasso di utilizzo [IOM], ma pure frequenza di “letti vuoti” e velocità di rotazione di pazienti per letto, assumono altro significato se valutati in rapporto alla complessità dei casi trattati e in considerazione del peso percentuale di interventi chirurgici nel rapporto con il totale dei ricoveri. Da dire allora che sono proprio questi ultimi indicatori ad offrire più esatta decodificazione agli indici di attività e di efficienza i cui esiti positivi e sopra media non di rado si associano a ricoveri medici e a *case-mix* inferiori all’unità.

Regioni come la Campania, il Lazio, la Puglia, la Calabria ma il discorso vale per tutte le altre realtà territoriali del Mezzogiorno e Isole espongono dati favorevoli in termini di degenza media per acuti, buona *performance* per tasso di occupazione di posti letto, basso indice di “letti vuoti” e buona rotazione di pazienti per letto, ma scontano poi bassi indici per complessità di episodi di ricovero e per interventi chirurgici. Sono viceversa le Regioni del Nord a primeggiare nella graduatoria formata dal più elevato numero percentuale di interventi chirurgici e complessità di *case-mix* associati altresì per l’Emilia Romagna ad un apprezzabile utilizzo della strutture e ad una degenza media inferiore a quella di livello nazionale.

Anche sotto l'aspetto finanziario i confronti interregionali delle attività e delle prestazioni rese in ambito ospedaliero si prestano a interessanti riflessioni. Le Regioni del Sud e Isole espongono nel 1999 una spesa media pro-capite nell'assistenza sanitaria inferiore alla media nazionale. Tale risultato si coniuga peraltro ad un peso percentuale dell'attività chirurgica di molto inferiore a quello registrabile nelle realtà regionali del Nord del Paese, del resto coniugato con minori indici di complessità nelle prestazioni rese.

Tutto ciò - come già detto - trova corrispondenza e si riflette nella massiccia esportazione di pazienti dal Sud-Isole al Centro-Nord con ulteriore aggravio per queste Regioni che in parte scontano gli effetti di una maggiore appropriatezza e efficacia di risposta sanitaria.

12. Le politiche di investimenti in sanità

12.1. L'attuazione della seconda fase del programma di investimenti ex art. 20 legge n. 67/1988

I finanziamenti per l'edilizia e le tecnologie sanitarie, le cui potenzialità investono il campo della ricerca, dell'innovazione e dello sviluppo del paese, previsti dal programma avviato con l'art. 20 della legge finanziaria n.67 del 1988²⁷, segnalano di recente specifiche linee di sviluppo anche in coerenza alle misure contenute nei documenti programmatici e nelle manovre finanziarie degli ultimi anni.

²⁷ La norma aveva previsto, con un limite complessivo di spesa di 30.000 mld, un programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento del patrimonio sanitario pubblico e di realizzazione di residenze per anziani e soggetti non autosufficienti ad opera di Regioni, Province autonome, IRCCS, Policlinici, Università, Istituti zooprofilattici sperimentali, da finanziarsi con operazioni di mutuo con oneri a carico dello Stato per il 95% e con il 5% a carico delle Regioni e degli altri enti richiedenti.

La più rilevante novità istituzionale, finanziaria ed operativa è rappresentata dalla attuazione di accordi di programma²⁸ tra Regioni, Stato ed altri soggetti pubblici interessati, aventi ad oggetto l'accelerazione delle procedure e la realizzazione di opere, con particolare riguardo alla qualificazione e messa a norma delle strutture sanitarie.

Tali innovazioni, significative anche sotto il profilo qualitativo, connotano dunque la seconda fase del programma straordinario avviato 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 di 20.600 mld, 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 delibera n. 53 in pari data è stato approvato il "programma specifico" per un ammontare complessivo di 2.500 mld, finalizzato ad interventi per opere complete o da completare, dotate di progetti esecutivi o preliminari, nonché ad interventi considerati prioritari per le esigenze di maggiore funzionalità del complesso delle strutture regionali e provinciali, richiedendo adeguata certificazione circa l'utilizzo delle risorse finalizzate ad un programma rivolto alla sicurezza delle strutture²⁹. Per quanto riguarda gli IRCCS,

²⁸ In base all'art. 5-bis inserito dopo l'art. 5 del d.lgs. 30 dicembre 1992, n.502, e successive modificazioni (*Ristrutturazione edilizia e ammodernamento tecnologico*).

²⁹ Dei 2.500 mld complessivamente rientranti nel programma specifico 1.476,9 risultano destinati al completamento di opere iniziate nel primo triennio, interventi considerati prioritari per le esigenze di maggiore funzionalità del complesso delle strutture sanitarie, regionali, provinciali e degli enti, nonché ad opere urgenti da realizzare nelle Regioni Umbria e Marche, colpite dal sisma, e pertanto già autorizzate in deroga alle ordinarie procedure; 793,094 mld risultano destinati ad interventi necessari per adeguare le strutture e le tecnologie sanitarie alla normativa vigente in materia di sicurezza ed agli interventi di cui all'art.32, comma 4, legge n. n.449/1997. Una residua somma di 129,996 mld risulta infine accantonata e

i Policlinici a gestione diretta, gli IZS e l'Istituto superiore di sanità, nella seconda fase sono stati finanziati interventi specifici per complessivi 1.000 miliardi circa. Con tali risorse e con quelle aggiuntive del 2001, l'obiettivo è di pervenire, d'intesa con le Regioni interessate, ad una riqualificazione dell'offerta rappresentata dai centri di ricerca e di formazione, che insistono prevalentemente nelle grandi città, spesso evidenziandone la complessità e la criticità, da rimuovere in coerenza con le generali linee programmatiche.

Al 31 dicembre dell'anno 2000 sono stati stipulati 12 accordi di cui tre (Lombardia, Toscana, Basilicata) nell'ambito delle intese istituzionali di programma.

Come si evince dalla tabella 62 dal totale delle assegnazioni ex art. 20 (20.600 mld) nella II fase del programma, le risorse destinate dalla delibera CIPE alle Regioni sono pari a 19.373,189 mld, dei quali 2.248,6 finalizzati, come si è detto, in completamenti e sicurezza delle strutture. Le residue somme destinate ad accordi ammontano dunque a 17.124,565 mld, rispetto ai quali il valore complessivo degli accordi di programma perfezionati è pari a 10.352,960 mld.

Con riguardo ad essi, tra le Regioni che hanno utilizzato maggiormente tale strumento vi è la Campania con 2.149,76 mld, seguita dalla Lombardia con 1.180,651 mld e dal Piemonte con 1.158,966 mld. Il numero di interventi contenuti negli accordi è solo in parte commisurato a detto importo, con 210 interventi in Sardegna, 175 in Campania, 143 e 133 rispettivamente in Liguria ed Emilia Romagna (per un totale di 1.170 interventi). Sono stati altresì sottoscritti accordi integrativi a completamento del programma per 261,9 mld nel Veneto, con 70 interventi. Gli accordi da sottoscrivere per

da assegnare agli enti di cui all'art.4, comma 15 della legge n. 412/1991 (IRCCS, Policlinici, Università, Istituti zooprofilattici sperimentali).

il completamento del programma sono pari a 6.771,605 mld, dei quali l'importo maggiore è riferito alla Sicilia (2.259, 7 mld.) ed alla Puglia (1.497,9 mld).

| STATO DI ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA ACCORDI | | | | | | |
|---|--|---|---|--|---|--|
| (in lire) | | | | | | |
| REGIONI | Assegnazione art. 20 - II Fase del programma Delibera CIPE 52 del 6/5/98 | Assegnazioni 1998 per 2.500 miliardi. Impegnati in sicurezza e completamenti. Delibera CIPE 53 del 6/5/98 | Risorse residue da destinare ad Accordi | Valore complessivo degli accordi di programma perfezionati | Numero interventi contenuti negli accordi | Finanziamenti per Accordi da sottoscrivere |
| | (a) | (b) | (c = a - b) | (d) | | (e = c - d) |
| Piemonte | 1.313.314.000.000 | 154.348.000.000 | 1.158.966.000.000 | 1.158.966.000.000 | 68 | |
| V. D'Aosta | 61.701.000.000 | 8.785.468.000 | 52.915.532.000 | 52.915.532.000 | 6 | |
| Lombardia | 2.325.592.000.000 | 251.000.000.000 | 2.074.592.000.000 | 1.180.651.000.000 | 65 | 893.941.000.000 |
| P.A. Bolzano | 141.734.000.000 | 24.920.000.000 | 116.814.000.000 | 116.814.000.000 | 6 | |
| P.A. Trento | 154.325.000.000 | 55.921.800.000 | 98.403.200.000 | 98.403.200.000 | 4 | |
| Veneto | 1.209.347.000.000 | 180.585.000.000 | 1.028.762.000.000 | 909.340.000.000 | 97 | 119.422.000.000 |
| F. Venezia Giulia | 402.530.000.000 | 51.000.000.000 | 351.530.000.000 | | | 351.530.000.000 |
| Liguria | 656.612.000.000 | 54.487.000.000 | 602.125.000.000 | 326.572.000.000 | 143 | 275.553.000.000 |
| E. Romagna | 1.188.972.000.000 | 284.298.000.000 | 904.674.000.000 | 904.674.000.000 | 133 | |
| Toscana | 963.208.000.000 | 288.704.000.000 | 674.504.000.000 | 674.504.000.000 | 58 | |
| Umbria | 272.501.000.000 | 197.983.000.000 | 74.518.000.000 | 74.518.000.000 | 9 | |
| Marche | 438.240.000.000 | 85.877.500.000 | 352.362.500.000 | 352.362.200.000 | 73 | |
| Lazio | 1.540.446.000.000 | 77.100.000.000 | 1.463.346.000.000 | 1.463.346.000.000 | 137 | |
| Abruzzo | 552.007.000.000 | 128.951.050.000 | 423.055.950.000 | | | 423.055.950.000 |
| Molise | 202.983.000.000 | 24.079.000.000 | 178.904.000.000 | | | 178.904.000.000 |
| Campania | 2.169.761.000.000 | 20.000.000.000 | 2.149.761.000.000 | 2.149.761.000.000 | 175 | |
| Puglia | 1.577.653.000.000 | 79.700.000.000 | 1.497.953.000.000 | | | 1.497.953.000.000 |
| Basilicata | 275.907.000.000 | 34.315.000.000 | 241.592.000.000 | 241.592.000.000 | 56 | |
| Calabria | 822.771.000.000 | 51.260.500.000 | 771.510.500.000 | | | 771.510.500.000 |
| Sicilia | 2.433.669.000.000 | 173.933.532.000 | 2.259.735.468.000 | | | 2.259.735.468.000 |
| Sardegna | 669.916.000.000 | 21.374.587.000 | 648.541.413.000 | 648.541.413.000 | 210 | |
| TOTALE | 19.373.189.000.000 | 2.248.623.437.000 | 17.124.565.563.000 | 10.352.960.345.000 | 1.240 | 6.771.604.918.000 |
| I.R.C.C.S. - I.Z.S. - Policlinici Univ. a gestione diretta - I.S.S. | 1.226.811.000.000 | | | | | |
| TOTALE | 20.600.000.000.000 | | | | | |

Fonte: Dipartimento della Programmazione - Ufficio VI°

TAB 63/REG

**STATO DI ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA
INTERVENTI**

(in lire)

| REGIONI | Importi ammessi a finanziamento | Numero di interventi ammessi a finanziamento | % di finanziamento erogato | Accordi integrativi sottoscritti a completamento del programma |
|-------------------|---------------------------------|--|----------------------------|--|
| Piemonte | 208.972.000.000 | 3 | 0 | |
| V. D'Aosta | | | | |
| Lombardia | 279.143.000.000 | 58 | 0 | |
| P.A. Bolzano | | | | |
| P.A. Trento | 98.403.200.000 | 4 | 1 | |
| Veneto | 157.245.000.000 | 7 | 0 | 261.980.000.000 |
| F. Venezia Giulia | | | | |
| Liguria | 59.976.000.000 | 43 | 0 | |
| E. Romagna | 245.117.000.000 | 29 | 0 | |
| Toscana | 674.504.000.000 | 57 | 1 | |
| Umbria | | | | |
| Marche | 18.786.500.000 | 6 | 0 | |
| Lazio | | | | |
| Abruzzo | | | | |
| Molise | | | | |
| Campania | | | | |
| Puglia | | | | |
| Basilicata | | | | |
| Calabria | | | | |
| Sicilia | | | | |
| Sardegna | | | | |
| TOTALE | 1.742.146.700.000 | 207 | 0 | 261.980.000.000 |

Fonte: Dipartimento della Programmazione - Ufficio VI°

Gli importi ammessi a finanziamento ammontano a 1.742 mld, con una punta massima di 674,5 mld in Toscana, Regione per la quale era stato già evidenziato il livello di attuazione del programma con il coinvolgimento diretto anche di risorse proprie, in Emilia Romagna (245,1 mld), in Lombardia (279,1 mld) ed in Piemonte con (208,9 mld). Sotto il profilo della concreta erogazione di risorse, solo 207 sono gli interventi già ammessi a finanziamento (di cui 58 in Lombardia, 57 in Toscana, 43 in Liguria, 29 in E. Romagna), con solo il 17 % di finanziamento erogato.³⁰

La disomogeneità del quadro complessivo, nel quale peraltro si confermano le più elevate capacità progettuali di talune Regioni del centro-nord, anche nel senso di trasferire la programmazione degli interventi in progetti rapidamente finanziabili, ripropone dunque il problema già evidenziato dalla Corte di potenziare le capacità progettuali per quelle Regioni che già nel passato hanno evidenziato valori non soddisfacenti di attrazione delle risorse e concrete *performances* realizzative, e che comunque sembrano maggiormente coinvolte nel nuove dinamiche istituzionali costituite dagli accordi (come la Campania). L'esigenza di un recupero delle capacità progettuali dovrebbe essere sorretta dalla generalizzata istituzione e concreta attivazione di propri nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici, anche alla luce della disposizione contenuta nell'art. 1 della legge n. 144/1999, che operino in efficace raccordo con quelli centrali. L'intento comune è infatti di realizzare - in una sinergia tra Organi centrali ed Autonomie, fondata sulla utilizzazione comparata di sistemi e metodologie progettuali - strutture di offerta riqualficate in coerenza alle indicate linee programmatiche generali e di settore.

³⁰ Sul versante finanziario, si segnala il passaggio dal sistema di finanziamento per mutui con la messa a disposizione di disponibilità dirette.

Al recupero della capacità progettuale a livello regionale deve corrispondere una ulteriore risposta positiva anche nei tempi di istruttoria ai livelli centrali³¹, conseguibile attraverso un potenziamento delle strutture valutative ed un decisivo rilancio della funzione programmatica, in linea con quanto previsto dalla legge n. 144/1999. Al riguardo è da registrare la istituzione, con la riorganizzazione degli apparati in base al d.p.r. n. 435 del 7 dicembre 2000, integralmente recepita nel nuovo ministero del welfare, di una apposita direzione generale del Ministero, competente (oltre che all'individuazione dei fabbisogni informativi) in ordine ai programmi di investimenti relativi al patrimonio immobiliare e tecnologico del Servizio sanitario nazionale, all'utilizzazione dei fondi strutturali comunitari ed ai connessi rapporti in materia con le competenti Commissioni CIPE.

In proposito, va ricordato che, con deliberazione CIPE n. 141 del 6 agosto 1999, è stata data attuazione al disegno di trasferimento³² dal CIPE alle diverse amministrazioni settorialmente competenti dei compiti di gestione tecnica, amministrativa e finanziaria già ad esso attribuiti, riservando allo stesso CIPE una generale competenza sulle questioni di rilevante valenza economico finanziaria ed in particolare una funzione di coordinamento a livello territoriale o settoriale. Al Ministero della sanità sono state dunque attribuite (art 4) le funzioni relative all'ammissione a finanziamento dei progetti di edilizia sanitaria suscettibili d'immediata realizzazione (art. 20, c. 5bis), nell'intento di accelerare scansioni procedurali che, soprattutto nella prima fase del programma,

³¹ Vedasi il modello di ospedale ideale e del "decalogo" che deve essere osservato da chi commissiona e progetta un ospedale, definito nell'ambito della Commissione ad hoc istituita. La necessità di una riconsiderazione della progettualità dell'ospedale è stato alla base anche di un rinvio nella ripartizione dei 200 miliardi stanziati per la edilizia sanitaria dalla finanziaria 2001.

³² Previsto dall'art. 7 della legge n. 94/1997 e precisato dall'art. 3 della legge n. 144/1999.

avevano evidenziato lungaggini e discrasie³³. La semplificazione dei procedimenti per l'accesso ai finanziamenti e l'adozione degli strumenti della programmazione negoziata che, avvalendosi anche delle innovazioni introdotte dalla legge sui lavori pubblici, individua soggetti tecnici responsabili della corretta attuazione degli accordi di programma e dei progetti, rappresentano dunque condizioni di sviluppo della capacità di utilizzo delle risorse disponibili.³⁴ Anche al fine di velocizzare l'attuazione del programma di investimenti e per completare la stipula degli accordi di programma, sono stati attivati tavoli tecnici con le Regioni, per verificare la coerenza degli accordi stipulati con le varie linee di finanziamento accessibili e degli obiettivi selezionati con quelli generali del Piano, sulla base dell'analisi della domanda e degli attesi effetti positivi anche sul versante della spesa. E' importante segnalare nella normativa la previsione - che peraltro rinvia agli stessi accordi di programma - di funzioni di monitoraggio e di vigilanza demandate al Ministero della sanità, di particolare rilievo, attesa l'ulteriore previsione (comma 3) che, in caso di mancata attivazione del programma oggetto dell'accordo entro i termini previsti, le risorse finanziarie vengano riprogrammate e riassegnate in favore di altre Regioni o enti pubblici interessati al programma di investimenti, tenuto conto della capacità di spesa e di immediato utilizzo. Nella complessiva evoluzione della programmazione in senso "concertativo" e dell'attuazione degli interventi in materia si segnala l'apporto di iniziative finanziate attraverso i Fondi strutturali della U.E.

³³Vedasi le precedenti relazioni della Corte.

³⁴ In tale contesto si inserisce l'iniziativa del Ministero volta a stimolare le capacità progettuali della committenza pubblica attraverso modelli di qualità che rappresentino le più evolute tendenze di una moderna e tecnologicamente avanzata progettualità in edilizia sanitaria

12.2. *Le specifiche linee di finanziamento*

E' da segnalare un complessivo percorso di ridefinizione del ruolo del programma di investimenti in sanità, che evidenzia nel recente periodo specifiche linee di finanziamento che ne caratterizzano fortemente la fisionomia, quali la realizzazione delle strutture sanitarie per l'attività libero professionale intramuraria. La legge³⁵ prevede al riguardo che le Regioni predispongano, entro il 31/12/2000, il programma per un ammontare massimo di lire 1.800 miliardi, nell'ambito delle risorse regionali disponibili ai sensi dell'articolo 20 della legge n. 67 del 1988. L'obiettivo è, sul piano programmatico, di superare l'attribuzione di quote predefinite attraverso specifici progetti. In relazione ai programmi regionali, risultano di recente ripartiti 1.600 miliardi destinati alla *intramoenia* dalla finanziaria 2001 tra le Regioni ordinarie (ad esclusione di quelle che non avevano presentato progetti: Friuli Venezia Giulia, Bolzano, Calabria, Sicilia, Molise, con riserva per alcune di approfondimento ed integrazione della documentazione prodotta. Una ulteriore priorità nazionale da soddisfare con le risorse finanziarie di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, finalizzate, tra l'altro, al potenziamento e alla riqualificazione del parco tecnologico del Servizio sanitario nazionale. è rappresentata dal potenziamento delle strutture di radioterapia³⁶. La riqualificazione delle apparecchiature radioterapiche richiede particolare e continua attenzione nell'ambito della programmazione sanitaria, sia per la sempre più rapida

³⁵ Decreto legislativo 28/7/2000 n. 254.

³⁶ Il carattere prioritario del settore della radioterapia è stato evidenziato in tutti gli accordi di programma sottoscritti ex art. 2 della legge 622/1996 e ex art. 5 bis del D.Lgs 502/1992 e in quelli, attualmente in corso di perfezionamento, promossi dal Ministero a completamento del programma di investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie di cui all'articolo 20 già citato. A sottolineare la speciale attenzione al settore, l'art. 28, comma 12, legge 23 dicembre 1999 n. 488, autorizza un'ulteriore spesa di 30 miliardi nel triennio 2000-2002 per il potenziamento delle strutture di radioterapia; la legge finanziaria 2001, all'articolo 96 (Potenziamento delle strutture di radioterapia), riserva 20 miliardi per ciascuno degli anni 2001 e 2002, da assicurare nell'ambito dei programmi di cui all'articolo 20.

obsolescenza tecnologica sia per la inadeguata e spesso non razionale distribuzione dei centri terapeutici, causa di mobilità interregionale notevole e di lunghi periodi di attesa, con notevoli costi sanitari e sociali. Al fine di una compiuta utilizzazione di tali risorse, ne va analizzata l'addizionalità ai programmi regionali finanziati ex art. 20 o con altri finanziamenti regionali e aziendali.

Nel contesto di riqualificazione del patrimonio immobiliare sanitario si inserisce anche il "Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS" (di cui alla legge n. 135/90), 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 mld.. Con riguardo ad esso sono riemerse talune difficoltà progettuali, manifestatesi soprattutto nelle Regioni del Mezzogiorno, nell'utilizzo delle quote di finanziamento assegnate. Ancora debole appare la richiesta di finanziamento per strutture alternative all'ospedale, tranne che da parte di alcune Regioni, come la Lombardia e l'Emilia Romagna; va peraltro considerato che il settore della residenzialità per i malati di AIDS viene svolto in larga parte da strutture a carattere privato sociale. Da ciò il rilievo, accolto dai documenti programmatici e dalla legge 328/2000, di una effettiva integrazione socio - sanitaria.

12.3. I programmi a valenza socio - sanitaria

Particolarmente significativo, sia sul versante della integrazione socio - sanitaria, che operativo³⁷, è il Programma per la realizzazione di strutture per cure palliative e di

³⁷ Vanno anche segnalati i finanziamenti previsti dall'art. 2 della legge finanziaria n. 549/95 e dall'art. 2 della legge finanziaria 662/96, in base ai quali l'INAIL riserva annualmente il 15% delle proprie risorse

assistenza ai malati terminali, in attuazione del D.L. 28 dicembre 1998 n. 450, convertito dalla legge n. 39 del 1999.³⁸ In coerenza con gli obiettivi del Piano sanitario nazionale³⁹, il "Programma" prevede 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. Il programma prevede altresì la individuazione di indicatori per la verifica e la valutazione della qualità dell'assistenza erogata dalle nuove strutture e la predisposizione, contestualmente ai progetti e ai piani di integrazione delle nuove strutture, di programmi di comunicazione da attivare per informare i cittadini. Si ricorda che, in caso di inerzia delle Regioni, i Comuni possono presentare direttamente propri progetti al Ministero della sanità.⁴⁰ Va segnalata l'adozione da parte di tutte le Regioni del programma regionale applicativo del programma nazionale per le cure palliative, con la integrazione delle strutture interessate alla cura ed assistenza dei malati terminali. Va segnalato ancora che, in base all'art. 92 della l. 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

alla realizzazione o all'acquisto di immobili da locare al SSN o da destinare a centri per la riabilitazione. Le disponibilità dell'INAIL riguardano circa 150/200 miliardi annui.

³⁸ La legge n. 39/99, di conversione del D.L. n. 450/98, all'art.1 comma 1, assegna risorse per 310 mld per 3 anni consecutivi (oltre ai 150 mld da destinare all'assistenza domiciliare con particolare riferimento ai pazienti in fase critica).

³⁹ Vedasi l'Obiettivo IV del PSN "Rafforzare la tutela dei soggetti deboli".

⁴⁰ 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 DPR 14 gennaio 1997.

finanziamento anche progetti presentati da organismi a scopo non lucrativo che svolgano attività nel settore dell'assistenza sanitaria e socio sanitaria.

Di recente risultano avviate ulteriori iniziative: nella conferenza Conferenza Stato-Regioni è stato dato parere favorevole alle "linee guida sulla realizzazione delle attività assistenziali concernenti le cure palliative", precisandone i destinatari (pazienti colpiti da tumore, AIDS e "patologie non neoplastiche ad andamento progressivo"), nonché ai percorsi assistenziali (con evidenziazione del ruolo del medico di famiglia o nei casi più gravi del ricovero in *hospice*), coordinando i servizi con quelli ad elevata caratterizzazione sociale; è stato anche approvato lo schema di D.M. sui corsi "pilota" di alta qualificazione teorico-pratica in cure palliative, a cura dell'ISS di concerto con la Direzione generale studi, documentazione, comunicazione ai cittadini del ministero della sanità.

Di analogo rilievo strategico è il Piano straordinario per le grandi città di cui all'art. 71 della legge 23 dicembre 1998 n.448⁴¹, finalizzato, in linea con quanto previsto dal D.p.e.f. 1999-2001, alla riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri urbani, con particolare attenzione al Mezzogiorno, per superare gli elementi di criticità del sistema sanitario nelle grandi città, rappresentati dai fenomeni di congestionamento delle strutture, da lunghe liste di attesa, da inutilizzo di sale operatorie e, a volte, di interi reparti per 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, era di

⁴¹ Per l'attuazione del programma, la legge finanziaria del 1999 ha stanziato 1500 miliardi, integrati fino a 2400 miliardi con la legge finanziaria del 2000. Il programma che, 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, richiede un cofinanziamento minimo pari al 30%, a carico di altri enti pubblici o privati.

rimuovere tali criticità attraverso una politica nazionale e politiche 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.

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.).

Con D. M. 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 urbane. 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,