

8.1. Criteri di selezione e parametri di valutazione

Sia l'accordo del 29 novembre 2001, come pure la finanziaria 2003 affidano alle Regioni l'adozione di criteri per l'individuazione dei valori soglia di ammissibilità per i 43 DRG - riportati nell'allegato 2C del DPCM 29 novembre 2001 - ad alto rischio di inappropriata se erogati in regime di ricovero ordinario.

In attesa che le Regioni con propri provvedimenti definiscano gli indicati criteri, si è ritenuto che un primo confronto interregionale possa consentire considerazioni utili anche al livello regionale per le ulteriori determinazioni di competenza. E' stato perciò istituito nel giugno 2002, presso la Presidenza della Corte, un gruppo di lavoro composto dai magistrati delle Sezioni regionali di controllo che, sulla base delle indicazioni e degli indirizzi operativi della sede centrale, hanno condotto l'istruttoria per l'acquisizione dei dati necessari alla costruzione di alcuni indicatori tramite i quali individuare numero e percentuale di prestazioni ospedaliere a rischio di inappropriata se trattate in regime di ricovero ordinario.

A riguardo va detto che utile parametro di riferimento sulla cui base operare i confronti si è ritenuto quello della costruzione del dato medio nazionale cui rapportare gli scostamenti di ciascuna realtà.

Resta, nella presente analisi, l'approssimazione legata ad una casistica che nè ha inteso escludere episodi di ricovero caratterizzati da urgenza, a causa dell'utilizzo non omogeneo nelle varie Regioni, nè casi di dimissioni di anziani a rischio di fragilità, il cui peso percentuale pari tuttavia a circa il 2,4% può ritenersi trascurabile ai fini di una valutazione di prima approssimazione.

Ciò detto, con riferimento ai 43 DRG, nella seguente tabella sono riportati nel totale complessivo i ricoveri ospedalieri per acuti dell'anno 2001 a fronte dei quali sono calcolati in percentuale i ricoveri superiori a un giorno. Da dire che i ricoveri brevi di un giorno sono assimilati al day hospital e considerati potenzialmente appropriati. Scelta, questa, ispirata ad una esigenza di cautela anche per tener conto che in alcune Regioni i reparti di day hospital non hanno ancora raggiunto un livello ottimale e il ricovero breve può rappresentare soluzione provvisoria non immediatamente sostituibile. Del resto, le due modalità di degenza [day hospital e ricovero di 0-1 giorno] hanno identica remunerazione secondo le tariffe stabilite con il DM 30 giugno 1997.

Va infine ricordato come per ciascuna Regione siano stati acquisiti i dati relativamente a tutti i 43 DRG e costruite altrettante tabelle per tutte le 21 Regioni; esse sono riportate nel volume II° riservato agli allegati statistici alla presente relazione. La seguente tabella consolida l'insieme dei 43 DRG per tutte le Regioni, così che a fianco di ciascuna vi figura il valore totale costituente la sommatoria di tutti i DRG. Per la Campania e la Valle d'Aosta, in mancanza dei dati rinvenienti dall'istruttoria delle sezioni regionali, si è fatto ricorso ai dati del Ministero della salute seppure ancora riferiti all'anno 2000.

INDICATORI DI PRESTAZIONI OSPEDALIERE A RISCHIO DI NON APPROPRIATEZZA
ANNO 2001

(dati numerici)

REGIONI	TOTALE RICOVERI ACUTI	Day Hospital e Day Surgery	Ordinari breve < 2gg	TOTALE	Ordinari >= 2gg	Incidenza %	Numero ricoveri rapportati alla media del 56,9%	Numero ricoveri a rischio di non appropriatezza
	1	2	3	4 = 2 + 3	5	6 = 5/1	7	8 = 5 - 7
PIEMONTE	190.855	72.326	13.276	85.602	105.253	55,15	125.284	-20.031
VALLE D'AOSTA	4.827			2.153	2.674	55,40	3.147	-473
LOMBARDIA	482.038	124.106	74.986	199.092	282.946	58,70	237.205	45.741
P.A. BOLZANO	18.794	4.046	2.411	6.457	12.337	65,64	5.650	6.687
P.A. TRENTO	22.281	7.500	254	7.754	14.527	65,20	11.637	2.890
VENETO	230.894	100.008	17.266	117.274	113.620	49,21	84.189	29.431
FRIULI V.G.	39.172	17.532	9.863	27.395	11.777	30,06	19.105	-7.328
LIGURIA	102.654	37.697	11.342	49.039	53.615	52,23	30.785	22.830
E. ROMAGNA	209.908	110.448	22.923	133.371	76.537	36,46	77.064	-527
TOSCANA	178.763	74.574	17.001	91.575	87.188	48,77	101.881	-14.693
UMBRIA	44.459	26.364	4.762	31.126	13.333	29,99	28.867	-15.534
MARCHE	85.443	32.182	21.892	54.074	31.369	36,71	81.079	-49.710
LAZIO	305.021	99.151	32.031	131.182	173.839	56,99	190.448	-16.609
ABRUZZO	105.874	25.753	11.377	37.130	68.744	64,93	68.629	115
MOLISE	20.362	1.040		1.040	19.322	94,89	12.332	6.990
CAMPANIA	295.906			111.149	184.757	62,44	229.222	-44.465
PUGLIA	277.960	68.348	29.434	97.782	180.178	64,82	181.264	-1.086
BASILICATA	31.450	9.041	3.301	12.342	19.048	60,57	18.658	390
CALABRIA	118.253	26.649		26.649	91.604	77,46	67.320	24.284
SICILIA	348.611	121.274		121.274	227.337	65,21	198.460	28.877
SARDEGNA	103.689	32.399	9.777	42.176	61.513	59,32	59.029	2.484
TOTALE	3.217.214	990.438	281.896	1.385.636	1.831.518	56,9		
ECCEDENZA TOTALE								170.719

FONTE: istruttoria delle Sezioni Regionali di controllo, coordinata dalla sede centrale della Corte dei conti

* Per la Campania e la Valle d'Aosta i dati sono del Ministero della salute e si riferiscono all'anno 2001

I suesposti dati mostrano come, nell'anno 2001, per i 43 DRG individuati dal DPCM 29 novembre 2001 vi siano stati complessivamente 3.217.214 episodi di ricovero in regime ordinario per acuti. Di questi, 1.385.636 sono avvenuti in regime di day hospital o di ricovero breve inferiore a due giorni e hanno rappresentato una percentuale del 43,1%, mentre i ricoveri ordinari uguali o superiori a due giorni con il numero complessivo di 1.831.518 hanno assorbito una percentuale maggiore e pari al 56,9%.

Il confronto interregionale espone percentuali sopra media per tutto il Sud e per l'Abruzzo [64,9%]. Nord e Centro sono sotto media, con l'eccezione delle Province autonome di Trento e Bolzano [65,2% e 65,6%] e della Lombardia [58,7%]. Da dire che lo stare dentro alla media nazionale di per sé non copre dal rischio di inappropriatelyzza, ma certamente espone a tale negativa valutazione quelle Regioni che al di sopra vi si collocano. Fra queste, con maggiore percentuale di ricoveri a rischio di inappropriatelyzza, al primo posto è il Molise con una percentuale del 94,89%. Seguono: la Calabria con percentuale sopra media e ricoveri certamente inappropriati [77,46%]; la Sicilia [65,21%], le Province autonome di Trento e Bolzano e l'Abruzzo, di cui si è già detto, la Puglia [64,82%], la Basilicata [60,57%].

Tali percentuali si traducono in un preoccupante numero di ricoveri che non soddisfano il principio di appropriatezza organizzativa e di economicità nell'utilizzazione delle risorse, secondo quanto concordato nell'accordo sui livelli essenziali di assistenza [DPCM 29.12.2001].

Ne dà sempre conto l'indicata tabella, ove sono calcolati numericamente i ricoveri in regime non appropriato, in quanto in surplus rispetto alla percentuale del 56,9% del dato medio nazionale. Complessivamente essi ascendono a 170.719, corrispondenti al numero delle prestazioni rese in regime di ricovero ordinario di durata pari o superiore a due giorni in relazioni ai 43 DRG per i quali ricorrono condizioni di non gravità e per i quali è appropriato in generale il regime di day hospital o comunque ricovero non superiore ad un giorno. Da dire che il parametro prescelto come soglia di non appropriatezza - individuato ai fini della presente analisi nello scostamento dalla percentuale media nazionale - offre ampia possibilità di miglioramento delle *performance*. Nella comparazione dei dati riferiti a ciascuna realtà territoriale va tuttavia

considerato che il numero dei ricoveri sopra soglia assume più esatto significato se rapportato al totale dei ricoveri per acuti relativo ai 43 DRG.

Con queste precisazioni l'analisi mette in chiaro situazioni diversificate. Superano la soglia di appropriatezza: la Lombardia con 45.741 ricoveri, pari al 9,5% del totale; il Veneto con 29.431, pari al 12,7% del totale; la Liguria con 22.830 ricoveri, pari al 22,2% del totale; l'Abruzzo con 115 ricoveri [0,2% del totale]; il Molise con 6.990 ricoveri [34,3% del totale]; la Basilicata con 390 ricoveri [1,2% del totale]; la Calabria con 24.284 ricoveri [20,5% del totale]. Le Regioni a statuto speciale e le Province autonome, ad eccezione di Valle d'Aosta e Friuli, sono sopra soglia: la Sicilia con 28.877 ricoveri, pari all'8,3% del totale; la Sardegna con 2.484 ricoveri [2,4% del totale]; P.A. di Bolzano con 6.687 ricoveri [35,6% del totale]; P.A. di Trento con 2.890 ricoveri [19,9%].

I risultati dell'analisi consentono di rilevare come esista un ampio margine di possibile miglioramento nelle prestazioni di ricovero in relazione ad episodi inquadrati fra quelli a minore gravità. Importante è perciò l'iniziativa delle Regioni cui il DPCM 29 novembre 2001 affida l'individuazione delle soglie di ammissibilità per i ricoveri in regime di degenza ordinaria riferiti ai 43 DRG per i quali è più urgente trovare modalità più appropriate di erogazione. Resta salva la possibilità per ciascuna Regione di fissare ulteriori DRG e prestazioni assistenziali cui applicare soglie di ammissibilità per la degenza ordinaria.

9. Il programma di investimenti ex art.20 della legge 67/1988 nel settore sanità

9.1. Premessa. Attuazione della prima fase e quadro normativo di riferimento

Obiettivo principale della presente indagine è quello di individuare le essenziali linee di sviluppo del programma di investimenti in sanità previsto dall'art.20 della legge 67/1988, specificandone le fasi, indicandone gli strumenti operativi, delineando i *trends* dei flussi finanziari ed evidenziando le categorie di intervento. Le fonti di provenienza dei dati sono il Ministero della salute D.G. SIS e D.G. degli Investimenti, Strutture e Tecnologie, e il ministero dell'economia – RGS – IGESPES, destinatari istituzionali delle informazioni fornite da Regioni e Province autonome.

Una particolare analisi sarà poi rivolta ad altre forme di investimento in sanità relative a finanziamenti e ad interventi in settori specifici (radioterapia, libera professione e cure palliative), collegate al programma nazionale di investimento di cui all'art.20 citato.

Detta norma ha autorizzato l'esecuzione di un programma pluriennale, per l'importo complessivo di lire 30.000 miliardi²², relativo ad interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico e di realizzazione di residenze per anziani e soggetti non autosufficienti, ad opera di Regioni, Province autonome, IRCCS, Policlinici a gestione diretta, Università, Istituti zooprofilattici sperimentali, da finanziarsi attraverso operazioni di mutuo con oneri a carico dello Stato per il 95%, con il 5% a carico delle Regioni e degli altri enti interessati. La disposizione ha sollecitato una strategia programmatica di coinvolgimento delle aziende sanitarie locali sia nelle linee programmatiche sia nei finanziamenti, tramite una logica di ampia concertazione. Criticità connesse a fattori istituzionali, normativi, procedurali e progettuali hanno inizialmente reso difficoltoso l'avvio del programma nazionale che soltanto da epoca relativamente recente può dirsi effettivamente operativo su scala quasi nazionale.

Gli obiettivi programmatici dichiarati dal legislatore si innestano nel generale quadro complessivo di razionalizzazione della rete ospedaliera che passa, tra l'altro, attraverso interventi di riequilibrio territoriale delle strutture con la conservazione di una quota dei posti letto a funzionalità sufficiente, e sostituzione o ristrutturazione di quelli 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. Con successivi interventi normativi²³ sono stati modificati i soggetti coinvolti nel processo decisionale e le competenze ed i limiti degli aspetti da valutare, ma sono rimasti invariati gli obiettivi originari del programma.

L'esecuzione del programma prende le mosse da una propedeutica fase programmatica e progettuale a livello regionale da sottoporre ad un successivo complesso sistema di approvazioni e verifiche di coerenza da parte del CIPE e del

²² Elevato a 34.000 miliardi di lire dalla legge 388/2000, art.83.

²³ Ci si riferisce, in particolare, al d.l. 396/1993, convertito in legge 492/1993, ed al d.l. 280/1996, convertito in legge 382/1996.

Ministero della sanità. Come già anticipato, le difficoltà sopra evidenziate e le complessità procedurali²⁴ hanno impedito che il programma di investimenti procedesse secondo le scansioni temporali previste originariamente (art.3 comma I, d.l.509/1995 conv. in legge 34/1995): sicchè, con il d.l.280/1996, conv. in legge 382/1996, è stato definito il termine ultimo per la presentazione dei progetti esecutivi al CIPE per la chiusura del primo triennio al 31 agosto 1996. La prima fase triennale può dirsi conclusa soltanto con lo spirare di detto termine²⁵, con un limite di spesa assegnato dal CIPE di lire 9.400 miliardi²⁶.

Dal quadro nazionale dei finanziamenti richiesti ed autorizzati, relativi alla prima fase del programma di investimenti, emerge un andamento crescente delle richieste e delle relative ammissioni a finanziamento. In particolare, verosimilmente a seguito dell'individuazione del termine ultimo per la presentazione dei progetti di cui al citato d.l.280/1996, nel secondo trimestre 1996 si è assistito ad un rapido incremento delle richieste di finanziamento arrivate a triplicare la somma di quelli autorizzati nei tre anni precedenti.

Tali richieste suddivise per categorie di intervento mettono in evidenza, alla data del 21 marzo 1997, un andamento a netta prevalenza di investimenti nel settore ospedaliero, con il 62,75% di attribuzione rispetto al finanziamento complessivo previsto (TAB 60/REG). La distribuzione regionale delle percentuali di finanziamento rispetto al complessivo autorizzato non espone ambiti territoriali con concentrazione di flussi finanziari particolarmente elevata o ridotta, e ciò pur individuando nell'Umbria la punta percentuale massima (95,43%) e nella Calabria quella minima (25,72%). Se le autorizzazioni nel settore ospedaliero venissero integrate, per correlazione logica, con quelle previste per i servizi generali (cat.E²⁷ comprensiva dei servizi generali per messa a norma, informatizzazione, umanizzazione e confort ed altro), in linea di massima

²⁴ L'articolazione del programma e le procedure da seguire erano previste nel DM 321/1989.

²⁵ Va ricordato che la richiesta di finanziamenti da parte regionale ha subito un rallentamento quando l'art.4 del D.L.396/1993 ha soppresso il Nucleo di valutazione presso il Ministero della Sanità istituito con l'art.20, comma II, della legge 67/1988; le regioni hanno, infatti, dovuto attrezzarsi per la valutazione e l'approvazione dei progetti esecutivi in via autonoma.

²⁶ Al 31 dicembre 1995 la situazione espone un finanziamento autorizzato di 3.183 mld, al 31 dicembre 1996 di 8.561,7 mld, al 31 dicembre 1997 di 9.209 mld (cfr. Relazione per l'esercizio 1998).

²⁷ Si ricorda che le altre categorie comprendono: Cat.A prevenzione collettiva, servizi igiene pubblica; Cat.B Servizi territoriali distretti, poliambulatori, altre strutture; Cat.C RSA per anziani e disabili; Cat.D ospedali opere maggiori e tecnologie; Cat.F progetti di rilievo nazionale.

destinate, comunque, a migliorare l'offerta dei servizi ospedalieri, si determinerebbe una prevalenza delle autorizzazioni in detto settore allargato ancora più marcata.

Nella prima fase del programma straordinario di investimenti un ruolo di rilievo è stato svolto anche dagli interventi compiuti per le Residenze sanitarie assistenziali (RSA) per anziani e disabili, con 509 interventi di cui 280 hanno riguardato nuove costruzioni, 57 riconversioni totali o parziali di ospedali, 166 ristrutturazioni e completamenti di strutture già dedicate all'assistenza ad anziani e disabili, e 6 interventi fuori categoria, per un totale di 27.519 posti letto sul territorio nazionale. Diversamente che nel settore ospedaliero, qui la distribuzione regionale delle percentuali di finanziamento per RSA rispetto al complessivo autorizzato evidenzia una concentrazione dei finanziamenti nelle Regioni del centro-nord (Piemonte, Lombardia, P.A. Trento, Veneto, Emilia Romagna e Toscana) con punta massima nel Piemonte (40,21%) e punta minima nel Molise (0,52%).

Il totale dei finanziamenti autorizzati dal CIPE (8.882.783 milioni di lire) costituisce il 94,5% del totale delle assegnazioni (9.400.000 milioni di lire)

XIV LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

TAB 60/REG

PRIMA FASE DEL PROGRAMMA														(in milioni di lire)								
REGIONI	PREVENZIONE COLLETTIVA (Cat. A)			SERVIZI TERRITORIALI (Cat. B)			RESIDENZE SANITARIE ASSISTIBILI PER ANZIANI E DISABILI (Cat. C)			OSPEDALI (Cat. D)			SERVIZI GENERALI (Cat. E)			PROGRAMMI A RILIEVO NAZIONALE O REGIONALE (Cat. F e G)			TOTALE GENERALE			
	NUMERO INTER- VENTI	IMPORTO MUTUO I* TRIENNIO	% SU SOMME AUTO- RIZZATE	NUMERO INTER- VENTI	IMPORTO MUTUO I* TRIENNIO	% SU SOMME AUTO- RIZZATE	NUMERO INTER- VENTI	IMPORTO MUTUO I* TRIENNIO	% SU SOMME AUTO- RIZZATE	NUMERO INTER- VENTI	IMPORTO MUTUO I* TRIENNIO	% SU SOMME AUTO- RIZZATE	NUMERO INTER- VENTI	IMPORTO MUTUO I* TRIENNIO	% SU SOMME AUTO- RIZZATE	NUMERO INTER- VENTI	IMPORTO MUTUO I* TRIENNIO	% SU SOMME AUTO- RIZZATE	NUMERO INTER- VENTI	IMPORTO MUTUO I* TRIENNIO	% SU SOMME AUTO- RIZZATE	
PIEMONTE	3	9.409	1,63	4	8.037	1,31	71	746.620	40,21	34	349.134	56,94				112	613.300	6,90				
VALLE D'AOSTA				2	5.396	18,90	6	23.153	81,10							8	28.549	0,32				
LOMBARDIA	8	16.994	1,46	14	14.803	1,27	77	401.059	34,43	51	683.390	58,67	3	11.965	1,03	3	36.670	3,15	156	1.164.881	13,11	
P. A. BOI ZANO							3	54.626	83,30							4	65.579	0,74				
P. A. TRENTO				5	8.940	12,60	2	18.525	26,12	9	42.035	59,27	1	1.425	2,01				17	70.925	0,80	
VENETO	9	20.358	3,62	2	1.073	0,19	94	173.252	30,78	21	318.621	56,61	1	30.000	5,33	11	19.488	3,46	138	562.792	6,34	
FRIULI V. GIULIA				2	1.615	0,83	5	27.694	14,31	6	155.797	80,49	1	1.140	0,59	1	7.315	3,78	15	193.561	2,18	
LIGURIA	1	2.979	0,91	4	7.030	2,14	16	77.878	23,72	19	222.134	67,67				2	18.240	5,56	42	328.261	3,70	
EMILIA ROMAGNA	4	19.624	3,29	20	63.454	10,65	76	209.748	35,21	25	282.229	47,38	2	4.681	0,79	3	15.959	2,68	130	595.095	6,71	
TOSCANA	4	23.832	4,61				45	182.533	35,32	20	310.455	60,07							69	516.820	5,82	
UMBRIA	9	3.684	2,91							8	120.684	95,43	3	2.090	1,65				20	126.458	1,42	
MARCHE	2	2.749	1,31	14	6.772	3,23	15	36.063	17,20	14	151.233	72,15	1	1.871	0,89	22	10.925	5,21	68	209.613	2,36	
LAZIO	7	7.448	0,97	18	63.459	8,22	4	20.230	2,62	34	512.106	66,37	1	9.500	1,23	9	158.850	20,59	73	771.593	8,69	
ABRUZZO	3	9.462	3,50	54	61.337	22,70	13	50.354	18,64	13	143.876	53,25	4	5.141	1,90			87	270.170	3,04		
MOLISE				5	4.465	4,90	1	475	0,52	7	86.260	94,58							13	91.200	1,03	
CAMPANIA	3	2.183	0,21	76	122.522	11,61	25	98.321	9,32	70	771.376	73,12	14	24.208	2,29	2	36.385	3,45	190	1.054.995	11,88	
PUGLIA	4	13.642	1,82	37	77.571	10,35	23	114.318	15,25	60	444.254	59,25	42	73.702	9,83	2	26.315	3,51	168	749.802	8,44	
BASILICATA	1	2.850	2,14	11	15.207	11,39				31	107.459	80,51	1	7.951	5,96			44	133.467	1,50		
CALABRIA	1	4.750	1,24	15	29.925	7,79	35	82.454	21,45	19	98.840	25,72	25	142.866	37,17	49	25.498	6,63	144	384.333	4,33	
SICILIA				15	55.643	8,76	6	30.908	4,87	17	511.699	80,59				2	36.678	5,78	40	634.928	7,15	
SARDEGNA	8	12.124	3,84	29	34.214	10,83	1	2.945	0,93	73	184.754	58,49	18	81.824	25,91			129	315.861	3,56		
TOTALE	67	152.088	1,71	327	581.463	6,56	509	1.773.377	19,96	540	5.574.215	62,75	118	409.317	4,61	106	392.323	4,42	1.667	8.882.783	100,00	

fonte: Ministero salute

9.2. La seconda fase del programma nazionale straordinario. Quadro normativo. Gli accordi di programma

Nei confronti dell'attuazione dei programmi nazionali di investimenti pubblici²⁸ rivestono particolare significato operativo due disposizioni introdotte con la legge 144/1999. L'art.3 di detta legge, che ha sostituito l'art.1, comma 2 del d. lgs.430/1997, ha trasferito ai Ministeri competenti le funzioni di gestione tecnica, amministrativa e finanziaria già attribuite al CIPE. Alla disposizione è stata data attuazione con delibera CIPE 141/1999 che, nel mantenere tra le funzioni proprie del Comitato una competenza generale sulle questioni di rilevante valenza economico-finanziaria e della funzione di coordinamento a livello territoriale e settoriale, ha ricondotto nella fisiologica area di competenza del Ministero della sanità, tra le altre, le funzioni relative all'ammissione a finanziamento dei progetti di edilizia sanitaria suscettibili di immediata realizzazione. Altra previsione degna di rilievo è quella introdotta con l'art. 1 della citata legge 144, che ha disposto che le amministrazioni centrali e regionali dovessero dotarsi di propri nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici, i quali, in raccordo tra loro e con il Nucleo del Ministero del tesoro, garantissero il supporto tecnico nelle fasi di programmazione, valutazione, attuazione e verifica dei piani, programmi e politiche di interventi promossi ed attuati,²⁹ così contribuendo alla realizzazione di strutture sinergiche e qualificate che operassero in coerenza con le linee programmatiche generali e di settore. Con D.M. 27 settembre 2000 il Ministero della sanità ha istituito il proprio Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici con i compiti previsti dalla legge, a supporto tecnico delle Regioni e degli enti titolari di politiche di investimento in sanità.³⁰

La seconda fase del programma è stata connotata dalle esposte innovazioni strutturali e procedurali e dall'individuazione di nuovi strumenti operativi i quali, tenendo conto dell'esperienza e delle criticità riscontrate nella prima fase, erano

²⁸ Altri specifici programmi di investimento (realizzazione di strutture sanitarie per l'attività intramuraria, di strutture residenziali per cure palliative, potenziamento di strutture di radioterapia) in materia sanitaria saranno trattati in appresso.

²⁹ Il percorso di costituzione dei Nuclei ha messo in moto un articolato disegno istituzionale ed operativo per la progettazione e l'attuazione della rete integrata dei nuclei, che è tuttora in corso di realizzazione.

³⁰ Il DM 27 settembre 2000 è stato integrato e reso operativo con successivi DD.MM.31 gennaio e 17 dicembre 2002.

finalizzati a facilitare il rilancio della funzione programmatoria ed il recupero della capacità progettuale a livello regionale: gli accordi di programma.

La definizione di tale strumento contrattuale è stata preceduta da una serie di delibere CIPE che, da un lato, hanno specificato i criteri e l'ambito dell'attività programmatoria regionale e, dall'altro, hanno individuato i limiti di stanziamento vincolabili alla realizzazione dei programmi.

I criteri per l'avvio della seconda fase del programma sono stati dettati con delibera CIPE del 21 marzo 1997 che ha previsto una priorità di obiettivi da raggiungere da parte di Regioni e Province autonome attraverso l'attività programmatoria regionale, nell'ambito delle strutture ospedaliere, delle strutture per anziani e di quelle territoriali. Inoltre, nel rinviare a successivo provvedimento la definizione di uniformi linee guida per la predisposizione dei programmi regionali e provinciali³¹, nella delibera è stato, comunque, individuato il contenuto essenziale dei programmi stessi e le modalità operative da seguire per l'elaborazione.

Ma è con l'approvazione del quadro programmatico di cui alla delibera CIPE n.52 del 6 maggio 1998 che si è dato impulso determinante al processo di completamento del programma nazionale straordinario previsto con l'art.20 della legge 67/1988. Detto quadro programmatico contiene la ripartizione tra le Regioni e Province autonome della somma di 20.600 miliardi di lire risultante dalla differenza tra la quota complessiva e quanto assegnato nel primo triennio. 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 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), con la riserva di lire 129.996.563.000 destinata agli IRCCS, Policlinici, Università, Istituti zooprofilattici sperimentali.

La seguente tabella fornisce, inoltre, il quadro delle disponibilità finanziarie (valori in euro) stanziati dalle leggi finanziarie dal 1999 al 2003 per far fronte al programma di investimenti previsto dall'art.20 della legge 67/1988.

³¹ Le linee guida sono state effettivamente individuate con nota del Ministro della Sanità del 18 giugno 1997.

DISPONIBILITA' FINANZIARIE										
(in euro)										
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006 e succ.	TOTALE
Finanziaria 1998 (L. 450/97 Tab. F)	346.026.122									
Finanziaria 1999 (L. 449/98 Tab. F)		325.367.846								
Collegato L. F. 1999 (L. 448/98)		619.748.279								
Finanziaria 2000 (L. 488/99 Tab. F art. 50)			915.678.082							
(L. 488/99 Tab. F)			309.874.139							
L. 39/99 (art. 4 bis Tab. F)			69.721.681							
Infrastrutture di radioterapia (L. 488/99 art. 28 c.12)			5.164.569							
Finanziaria 2001 (L. 388/00 Tab. F)				801.024.650						
L. 39/99(art. 4 bis L.F. 2001 Tab. F)				103.291.380						
L. 21/97 (L.F. 2001 Tab. F)				154.937.070	154.937.070					
Variazioni in diminuzione (art. 7 bis L.49/2001)				- 67.139.397						
Finanziaria 2002 (L. 448/2001 Tab.F)					696.493.774					
Finanziaria 2003 (L. 289/2002 Tab.F)						700.136.000	670.116.000	761.119.000	1.500.000.000	
TOTALE	346.026.122	945.116.125	1.300.438.472	992.113.703	851.430.844	700.136.000	670.116.000	761.119.000	1.500.000.000	8.066.496.266
Variazione bilancio DMT 49025/2002					250.000.000					
DISPONIBILITA'	346.026.122	945.116.125	1.300.438.472	992.113.703	601.430.844	700.136.000	670.116.000	761.119.000	1.500.000.000	8.066.496.266

fonte: Ministero economia e Ministero salute

Come sopra anticipato, l'accordo di programma, previsto nell'art. 5 bis del D.lgs 502/1992, introdotto con il D.lgs 229/1999, è stato individuato quale strumento giuridico più adeguato a procedere al completamento delle opere contenute nel programma di investimenti ex art. 20 della legge 67/1988, attraverso il quale viene esaltato il momento programmatico e di concertazione sul territorio delle politiche locali.

Dalla TAB 72/REG si evince che, fatta eccezione per le Regioni Abruzzo, Molise, Calabria e Puglia, al 31 dicembre 2002³², tutte le Regioni e Province autonome hanno stipulato accordi di programma utilizzando integralmente le somme residue derivanti dalle assegnazioni di cui alla delibera CIPE 52/1998 detratte quelle assegnate con la delibera 53/1998. Soltanto le Regioni Lombardia, Veneto, Liguria, Sicilia, Emilia Romagna e Marche hanno stipulato accordi per somme inferiori alle disponibilità finanziarie, riservandosi la possibilità di procedere alla stipula di successivi accordi integrativi per i residui importi.

Con recente delibera CIPE adottata il 2 agosto 2002 è stata ripartita l'ulteriore somma di € 1.239.684.455,44 destinata al completamento del programma di edilizia sanitaria.

³² Tutte le tabelle che seguono sono aggiornate al 31 dicembre 2002.

SECONDA FASE DEL PROGRAMMA E ACCORDI PROGRAMMATI

(in euro)

REGIONI	Assegnazione art 20 - II fase del programma Delibera CIPE 52 del 6/5/1998	I Tranche Assegnazioni 1998-2000 mld impegnati in sicurezza e completamenti. Del CIPE 53 del 6/5/1998	Risorse residue da destinare ad accordi	Valore complessivo accordi di programma perfezionati	Numero interventi negli accordi	Finanziamenti per accordi da sottoscrivere	Totale finanziamenti autorizzati	Numero interventi autorizzati	% finanz. Autorizzato	Integrazione dei finanziamenti 1388/2000 QUOTA RIPARTITA del CIPE 2/8/02
	(a)	(b)	(c-a-b)	(d)		(e-c-d)	(f)	(g)	(h-i)	(j)
PIEMONTE	678.270.075,97	79.714.089,46	598.555.986,51	598.555.986,51	68		247.173.551,36	45	41,3	98.633.387,00
VALLE D'AOSTA	31.865.907,13	4.537.315,56	27.328.591,57	27.328.591,57	6		23.196.419,92	5	84,9	4.131.655,00
LOMBARDIA	1.201.068.032,87	129.630.681,67	1.071.437.351,20	609.755.354,37	65	461.681.996,83	283.522.442,63	61	46,5	269.786.902,00
P.A. BOLZANO	73.199.502,14	12.870.105,93	60.329.396,21	60.329.396,21	6		27.412.499,29	3	45,4	7.359.511,00
P.A. TRENTO	79.702.210,95	28.881.199,42	50.821.011,53	50.821.011,53	4		50.821.011,53	4	100,0	20.115.996,00
VENETO	624.575.601,54	93.264.369,12	531.311.232,42	469.634.916,62	100	61.676.315,80	170.735.486,27	41	36,4	144.246.412,00
FRIULI V.G.	207.889.395,59	26.339.301,85	181.550.093,74	181.550.093,74	4				0,0	13.100.372,00
LIGURIA	339.111.797,42	28.140.187,06	310.971.610,36	208.450.784,39	141	102.520.825,97	117.533.257,25	124	56,4	29.329.326,00
EMILIA R.	614.052.792,22	146.827.665,50	467.225.128,72	467.225.128,72	131		289.234.455,93	72	61,9	99.095.763,00
TOSCANA	497.455.416,86	149.103.172,59	348.352.244,27	348.352.244,26	57		348.352.244,26	57	100,0	156.031.882,00
UMBRIA	140.735.021,46	102.249.686,25	38.485.335,21	38.485.335,21	9		33.623.409,96	3	87,4	16.010.164,00
MARCHE	226.332.071,46	44.352.027,35	181.980.044,11	181.979.889,17	88		73.733.931,73	33	40,5	35.398.109,00
LAZIO	795.573.964,36	39.818.826,93	755.755.137,43	755.755.137,45	183		155.250.332,92	56	20,5	79.124.621,00
ABRUZZO	285.087.823,50	66.597.659,42	218.490.164,08			218.490.164,08				7.850.145,00
MOLISE	104.831.970,75	12.435.765,67	92.396.205,08			92.396.205,08				1.962.536,00
CAMPANIA	1.120.588.037,83	10.329.137,98	1.110.258.899,85	1.110.258.899,84	175					43.684.968,00
PUGLIA	814.789.776,22	41.161.614,86	773.628.161,36			773.628.161,36				23.008.974,00
BASILICATA	142.494.073,66	17.722.218,49	124.771.855,17	124.771.855,16	56		25.805.130,48	9	20,7	5.396.975,00
CALABRIA	424.925.759,32	26.473.838,88	398.451.920,44			398.451.920,44				12.297.297,00
SICILIA	1.256.885.145,15	89.829.172,58	1.167.055.972,57	1.104.676.801,27	59	62.379.171,30	73.603.264,42	5	6,7	23.570.003,00
SARDEGNA	345.982.740,01	11.039.052,92	334.943.687,09	334.943.687,09	210		6.064.040,65	2	1,8	11.751.617,00
TOTALE *	10.005.417.116,41	1.161.317.087,49	8.844.100.028,92	6.672.873.563,75	1.362	2.171.224.760,86	1.926.061.478,60	520	28,9	1.101.886.615,00
I.R.C.C.S. - I.Z.S. - Politecnici Univ. A gestione diretta - I.S.S.	633.595.004,83	129.825.160,23					317.079.059,65			137.797.840,44
TOTALE	10.639.012.121,24	1.291.142.247,72					2.243.140.538,25			1.239.684.455,44

fonte: Ministero salute

* I totali non sempre coincidono con i risultati parziali perché nel consolidamento manca la verifica di alcune partite, che possono perciò risultare duplicate

Va ricordato che l'art.5 *bis* del D.lgs 502/1990 disponeva che gli accordi di programma prevedessero importi nei limiti delle disponibilità finanziarie iscritte nel bilancio dello Stato, ferma restando la percentuale a carico delle Regioni (5%) e la possibilità di autofinanziamento da parte delle unità sanitarie locali. Detta disposizione è stata integrata con l'art.55 della legge 289/2002 (legge finanziaria 2003) che ha previsto che le risorse finanziarie utilizzabili attraverso gli accordi di programma possano essere iscritte anche nei bilanci regionali. E' stata, così, riconosciuta alle Regioni, espandendo la loro capacità contrattuale, la possibilità teorica di procedere alla stipula di accordi utilizzando esclusivamente risorse proprie, anche a prescindere da finanziamenti statali, inevitabilmente soggetti ai limiti derivanti da esigenze di contenimento. Sul piano pratico, però, pur considerata la condivisibilità dell'intento ispiratore, detta disposizione ha provocato un rallentamento (se non addirittura una brusca frenata) alla stipula di ulteriori accordi a causa delle croniche difficoltà finanziarie in cui versano gran parte dei bilanci regionali.

I dati esposti in TAB 62/REG, oltre ad alcune situazioni di eccellenza in cui l'intero importo programmato negli accordi è stato ammesso a finanziamento (P.A. Trento e Toscana), espongono casi di Regioni che, pur avendo proceduto alla stipula degli accordi di programma, non hanno ottenuto alcuna ammissione al finanziamento. Le ragioni si riscontrano, in genere, in particolari difficoltà incontrate dalle Regioni nella progettazione esecutiva carente o, quanto meno, irregolare.

E' il caso, oltre che del Friuli Venezia Giulia³³, della Campania, che ha mobilitato la somma più elevata prevista negli accordi (€ 1.110.258.899,84) per la realizzazione di 175 interventi, nessuno dei quali è stato ammesso a finanziamento e quindi autorizzato all'esecuzione. Sarebbe opportuno al riguardo che, in casi del genere, onde garantire l'effettivo utilizzo delle risorse stanziare per la realizzazione del programma nazionale, venisse data applicazione al terzo comma del citato art.5 *bis* del d.lgs.502/1992 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

³³ In realtà, il Friuli ha sottoscritto l'accordo in data 28 gennaio 2002 ed ha chiesto ed ottenuto l'ammissione a finanziamento di alcuni interventi nel corso del 2003.

capacità di spesa e di immediato utilizzo delle risorse. E' pur vero che la revoca dei finanziamenti con riassegnazione ad altre Regioni, operando come una sostanziale sanzione verso incapacità programatorie o progettuali, acquisirebbe un peso piuttosto consistente all'interno degli equilibri politici regionali, ed è verosimile che, finora, sia stata una valutazione di tal genere a sconsigliare l'applicazione dell'art. 5 *bis* citato.

La necessità di rendere coerenti le procedure di ammissione a finanziamento, erogazione e monitoraggio degli investimenti in sanità con il nuovo quadro di competenze istituzionali introdotto con la legge costituzionale 18 ottobre 2001 n.3 recante "Modifiche al Titolo V della Costituzione", ha condotto alla stipula dell'accordo n.1587 del 19 dicembre 2002 tra il Governo, le Regioni, le Province autonome di Trento e di Bolzano. Si è così proceduto ad una revisione complessiva degli adempimenti già previsti con la circolare 10 febbraio 1994 imprimendo accelerazione e trasparenza alle procedure di ammissione a finanziamento e di erogazione finanziaria. Ad esse si giungerà, infatti, attraverso la compilazione di moduli prestampati e la produzione in allegato di tutta la documentazione progettuale-esecutiva, autorizzatoria e finanziaria indicata nell'accordo, con prefissione di un limite massimo temporale per l'aggiudicazione dei lavori decorrente dall'avvenuta ammissione a finanziamento. E' stata anche prevista una procedura di 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. Il sistema, così complessivamente ripensato ed evidentemente ispirato ad un maggiore rispetto dell'autonomia degli enti territoriali e locali ed ad una riduzione all'essenziale dei tempi e dei passaggi presso gli organi centrali dello Stato, è verosimile che imprima un impulso determinante all'avanzamento celere e trasparente dei programmi regionali di investimento, in coerenza con gli obiettivi che ognuno di essi si è dato.

9.3. Le fonti di finanziamento degli accordi di programma

L'esecuzione del programma di investimenti autorizzato con l'art. 20 della legge 67/1988 doveva avvenire attraverso operazioni di mutuo con oneri per il 95% a carico dello Stato e per il restante 5% a carico delle Regioni o degli altri enti autorizzati.