

ne dei dati personali. Tale documento, attualmente in corso di condivisione con le Regioni, sarà oggetto di Intesa da parte della Conferenza Stato-Regioni. Il Ministero sta inoltre pianificando la predisposizione di ulteriori Linee guida a supporto della documentazione clinico-sanitaria, a partire dagli esiti degli esami di laboratorio.

Per quanto concerne l'armonizzazione delle soluzioni di sanità in rete, il Ministero della Salute ha individuato una serie di direttrici strategiche di intervento, il cui obiettivo è supportare la realizzazione di sistemi informativi sul territorio che possano essere concretamente di supporto alla cura del paziente, oltre che al governo del SSN. Le direttrici strategiche individuate sono le seguenti:

- definizione di Linee guida per i sistemi informativi sul territorio: finalizzate a definire modelli di riferimento e linee di indirizzo comuni a livello nazionale per i sistemi informativi regionali e locali che assicurino, da un lato, la generazione dei LEI per il monitoraggio dei LEA e, dall'altro, l'interoperabilità semantica;
- creazione dei fattori abilitanti all'attuazione della sanità in rete: preliminarmente alla realizzazione di sistemi informativi coerenti con le Linee guida definite, occorre affrontare con tempestività tutti quei fattori "abilitanti", in primis privacy e sicurezza;
- definizione di "linguaggi comuni": le informazioni generate possono essere concretamente utilizzabili solo se rese conformi a contenuti informativi, codifiche e tassonomie comuni, presupposti che in passato hanno portato alla concezione del progetto "Mattoni SSN".

Le direttrici strategiche sopra descritte sono state applicate agli ambiti prioritari di intervento descritti di seguito.

Ambiti prioritari di applicazione dei suddetti denominatori comuni sono, in particolare, i CUP, il FSE, la telemedicina, la trasmissione telematica delle ricette mediche e dei certificati di malattia.

Per quanto attiene i sistemi CUP regionali, sempre nell'ottica di definire un modello di riferimento a livello nazionale, attraverso il quale consentire una visione completa e

pienamente integrata della rete di offerta dei servizi sanitari, grazie alla quale poter offrire un servizio migliore ai cittadini, accrescendone la capacità di scelta e riducendo i tempi medi di attesa per l'erogazione delle prestazioni richieste, sono state predisposte dal Ministero della Salute, in collaborazione con le Regioni, apposite Linee guida nazionali. Tali Linee guida sono finalizzate all'armonizzazione dei sistemi CUP, attraverso la definizione di caratteristiche minime e uniformi relative a tali sistemi a livello nazionale. Le Linee guida si focalizzano in prima istanza su aspetti di natura organizzativo-gestionale e informativo-semantica, oltre che su aspetti di tipo funzionale, quali necessarie precondizioni all'efficace impiego delle nuove tecnologie. Le Linee guida suddividono il Sistema CUP, da un punto di vista logico, nelle seguenti due componenti: *front-office* e *back-office*. Il *front-office* è la componente che consente l'accesso ai servizi e supporta la gestione del processo di prenotazione. In questo ambito, le Linee guida forniscono una disamina dei possibili canali di accesso attraverso i quali il cittadino può fruire dei servizi di prenotazione, tra i quali rientrano lo sportello presidiato, il telefono, l'accesso tramite internet, nonché le farmacie territoriali ecc. Il *back-office* cura, invece, la programmazione e la manutenzione ordinaria/straordinaria delle attività propedeutiche alla prenotazione. Su tali Linee guida nazionali è stata acquisita, il 29 aprile 2010, l'Intesa della Conferenza Stato-Regioni. Il recepimento delle Linee guida sarà valutato in sede di adempimenti LEA.

La previsione, nell'ambito delle Linee guida relative ai sistemi CUP, delle farmacie territoriali quale possibile canale di accesso ai servizi di prenotazione da parte dei cittadini, ha poi trovato un suo riscontro nel D.Lgs. 153 del 3 ottobre 2009, che delinea un nuovo modello di farmacia: la "farmacia dei servizi". In base a tale modello, la farmacia viene vista come presidio nel quale il cittadino, oltre ai farmaci, trova una serie di servizi aggiuntivi ad alta valenza sociosanitaria. Tra i nuovi servizi previsti, il citato D.Lgs. include i servizi di prenota-

zione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, il pagamento delle relative quote di partecipazione alla spesa a carico del cittadino, il ritiro dei relativi referti. Con l'obiettivo di disciplinare tali servizi, il Ministero ha predisposto un apposito schema di decreto in corso di adozione.

Con riferimento ai sistemi di FSE, al fine di supportare la realizzazione di una cornice normativa unitaria, necessaria alla definizione di un modello di riferimento nazionale, e nel contempo valorizzare i risultati raggiunti a tutti i livelli del SSN, il Ministero della Salute nel secondo semestre del 2008 ha istituito un tavolo interistituzionale a cui partecipano, oltre a esperti interni ed esterni del Ministero, rappresentanti del Ministero per la Pubblica amministrazione e l'Innovazione, referenti regionali e un rappresentante dell'Autorità Garante per la protezione dei dati personali in qualità di osservatore. Tale Tavolo ha elaborato, coerentemente con il proprio mandato, e anche in sintonia con l'esigenza più volte manifestata dal Garante per la protezione dei dati personali, una proposta normativa che disciplini il FSE a livello nazionale. Tale proposta normativa è stata inserita nel disegno di legge di iniziativa governativa proposto dal Ministro della Salute recante "Delega al Governo per il riassetto della normativa in materia di sperimentazione clinica e per la riforma degli ordini delle professioni sanitarie, nonché disposizioni in materia sanitaria", approvato dalla Camera dei Deputati in prima lettura il 28 settembre 2011. Il Tavolo, inoltre, ha definito apposite Linee guida nazionali per la realizzazione di un sistema di FSE, che individuano le caratteristiche del FSE e del *patient summary*, gli aspetti infrastrutturali e gli standard tecnologici, i livelli di sicurezza e di protezione dei dati, nel rispetto della normativa vigente in materia di privacy. Tale documento è stato oggetto di Intesa da parte della Conferenza Stato-Regioni in data 10 febbraio 2011 ed è stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 50 del 2 marzo 2011. Il recepimento delle Linee guida sarà valutato in sede di adempimenti LEA. Il Tavolo sta

procedendo nella predisposizione dello schema di regolamento attuativo che, successivamente all'entrata in vigore della proposta di norma inserita nel disegno di legge suddetto, consentirà di disciplinare i diversi aspetti che attengono l'istituzione e l'utilizzo del FSE, tra i quali: i relativi contenuti, le garanzie e le misure di sicurezza da adottare nel trattamento dei dati personali nel rispetto dei diritti dell'assistito, le modalità e i livelli diversificati di accesso al Fascicolo.

Per quanto concerne la telemedicina, si ritiene che essa rappresenti uno dei principali ambiti di applicazione della sanità in rete che, abilitando forme innovative di domiciliarità, consente l'integrazione sociosanitaria. La telemedicina offre, inoltre, potenzialità di grande rilevanza, soprattutto in termini di accresciuta equità nell'accesso ai servizi sociosanitari nei territori remoti, grazie al decentramento e alla flessibilità dell'offerta di servizi stessi. La telemedicina e la teleassistenza permettono di ridistribuire in modo ottimale le risorse umane e tecnologiche tra diversi presidi, per coprire le necessità di competenze professionali e assicurare la continuità dell'assistenza sul territorio. Grazie alla disponibilità di servizi di teleconsulto, inoltre, la telemedicina può offrire un valido supporto ai servizi mobili d'urgenza, attraverso la riorganizzazione dei servizi sanitari, eventualmente mediante l'utilizzo di risorse cliniche a distanza, anche dislocate direttamente a bordo delle ambulanze.

Per le motivazioni soprarappresentate, è quindi fondamentale attuare iniziative volte a promuovere concretamente lo sviluppo della telemedicina sul territorio nazionale. In coerenza con quanto premesso è stato istituito, presso il Consiglio Superiore di Sanità, un Tavolo Tecnico sulla telemedicina con l'obiettivo di predisporre apposite Linee guida nazionali, finalizzate a supportare un impiego sistematico della telemedicina nell'ambito del SSN. Il Tavolo ha l'obiettivo di delineare un quadro strategico nel quale collocare gli ambiti prioritari di applicazione della telemedicina, analizzare modelli, processi e modalità di integrazione dei servizi di telemedicina nella pratica clinica, definire tassonomie e classificazioni comuni,

oltre ad aspetti concernenti i profili normativi e regolamentari e la sostenibilità economica dei servizi e delle prestazioni di telemedicina. Al Tavolo partecipano personalità di comprovato profilo scientifico e di consolidata competenza professionale. Le Linee guida sono volte a individuare i presupposti fondamentali per lo sviluppo della telemedicina nel nostro Paese.

Relativamente all'*ePrescription*, il Ministero della Salute ritiene essenziale il suo sviluppo, soprattutto in considerazione delle ricadute in termini di processi clinico-assistenziali che ne conseguono, tra cui la maggiore facilità di accesso alle terapie, il migliore monitoraggio e controllo delle stesse, la maggiore capacità di prevenzione degli errori clinici, i minori costi sociali. Con il DPCM del 26 marzo 2008, sono state disciplinate le modalità di trasmissione telematica dei dati delle ricette da parte dei medici del SSN. In questo ambito, come già precedentemente rappresentato, il citato D.Lgs. 78/2010 stabilisce l'equivalenza a tutti gli effetti giuridici fra la ricetta cartacea e la ricetta medica trasmessa telematicamente, creando i presupposti normativi per la concreta attuazione dell'*ePrescription* a livello nazionale. Il citato decreto prevede inoltre l'utilizzo, ai fini dell'invio telematico delle ricette mediche, della stessa piattaforma messa a disposizione per la trasmissione telematica dei certificati di malattia, rispetto alla quale si rimanda al paragrafo successivo.

Con riferimento ai certificati medici telematici, in attuazione del già richiamato DPCM del 26 marzo 2008, con il Decreto 26 febbraio 2010 del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali e con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, sentito l'INPS, recante "Definizione delle modalità tecniche per la predisposizione e l'invio telematico dei dati delle certificazioni di malattia al SAC", sono state disciplinate le modalità di trasmissione telematica dei certificati medici di malattia da parte dei medici del SSN all'INPS, e da quest'ultimo ai datori di lavoro afferenti sia al settore privato sia al settore pubblico. Ai fini del monitoraggio del sistema e dell'individuazione delle opportune soluzioni relati-

ve a specifici contesti territoriali e specifici ambiti assistenziali, con particolare riferimento a quello ospedaliero, sono stati istituiti presso il Ministero della Salute tre gruppi di lavoro congiunti fra le Amministrazioni centrali e le Regioni, con l'obiettivo di approfondire gli aspetti normativi, organizzativi e medico-legali della trasmissione telematica, gli aspetti tecnici di sistema, nonché le implicazioni di carattere giuridico-amministrativo connesse con la trasmissione telematica dei certificati medici di malattia ai fini dell'entrata a regime del sistema sanzionatorio previsto dalla normativa vigente.

Al fine di orientare le proprie iniziative e azioni anche in coerenza con le priorità stabilite a livello comunitario, il Ministero della Salute ha partecipato, nel corso del 2010, insieme a un nutrito gruppo di Paesi membri, Enti e Associazioni afferenti all'ambito sia medico sia telematico, alla predisposizione di una proposta progettuale, sottoposta all'Agenzia per la salute dei consumatori (*Executive Agency for Health and Consumers*, EAHC) e alla Direzione generale della società dell'informazione e dei media (DG INFSO), nell'ambito del Secondo programma d'azione comunitaria nel campo della salute. La proposta progettuale è stata valutata positivamente e sarà oggetto di co-finanziamento attraverso due strumenti finanziari di derivazione comunitaria: *joint action* e *thematic network*. Il progetto, denominato "*eHealth Governance Initiative*", si prefigge la finalità di creare un meccanismo di governance attraverso il quale coordinare le attività in ambito *eHealth* a livello comunitario, e in particolare:

- instaurare meccanismi di dialogo continuo e sistematico tra i livelli istituzionale, strategico e operativo, in ambito europeo e nazionale, la cui carenza costituisce a oggi un ostacolo all'ulteriore sviluppo dell'*eHealth*;
- creare una piattaforma di scambio comune a tutti gli Stati membri nell'ambito della quale identificare e affrontare congiuntamente le problematiche che concernono l'*eHealth*, supportare la realizzazione di servizi e soluzioni di *eHealth* interoperabili a livello europeo, in stretta

collaborazione con i diversi *stakeholders*, in primis gli utenti finali e le associazioni rappresentative degli operatori di mercato.

Il progetto è attualmente in corso di formazione e avrà una durata di 36 mesi a partire dal 2011.

Il Ministero della Salute intende proseguire nel percorso intrapreso rafforzando ulteriormente il proprio ruolo di promotore, nonché attuatore di iniziative finalizzate allo sviluppo della sanità in rete, a livello sia comunitario sia nazionale, attraverso un'azione di coordinamento volta a orientare e conseguentemente ottimizzare gli sforzi e le risorse messe a disposizione da parte di tutti i portatori di interesse.

Bibliografia essenziale

Accordo quadro tra il Ministro della Sanità, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano per lo sviluppo del nuovo Sistema Informativo Sanitario Nazionale. 22 febbraio 2001 (GU n. 90 del 18 aprile 2001)

Comunicazione della Commissione Europea al Consiglio, al Parlamento Europeo, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle Regioni e Province Autonome, del 30 aprile 2004, "Sanità elettronica - migliorare l'assistenza sanitaria dei cittadini europei: piano d'azione per uno spazio europeo della sanità elettronica" (COM2004 356 def.)

Comunicazione della Commissione al Parlamento Europeo, al Consiglio, al Comitato Economico e Sociale Europeo e al Comitato delle Regioni, del 4 novembre 2008, "sulla telemedicina a beneficio dei pazienti, dei sistemi sanitari e della società" (COM2008 689 def.)

Disegno di legge su proposta del Ministro della Salute recante "Delega al Governo per il riassetto della normativa in materia di sperimentazione clinica e per la riforma degli ordini delle professioni sanitarie, nonché disposizioni in materia sanitaria", approvato dalla Camera dei Deputati in prima lettura il 28 settembre 2011

D.Lgs. 153 del 3 ottobre 2009, "Individuazione di nuovi servizi erogati dalle farmacie nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, nonché disposizioni in materia di indennità di residenza per i titolari di farmacie rurali, a norma dell'art. 11 della Legge 69 del 18 giugno 2009" (GU n. 257 del 4 novembre 2009)

DM 11 marzo 2004 "Applicazione delle disposizioni di cui al comma 1 dell'art. 50 del Decreto Legge 269 del 30 settembre 2003, convertito, con modificazioni, dalla Legge 326 del 24 novembre 2003, concernente la definizione delle caratteristiche tecniche della Tessera Sanitaria (TS)" (GU n. 251 del 25 ottobre 2004, S.O.)

DM 17 giugno 2006 "Istituzione del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SiVeAS)" di cui all'art. 1, comma 288, della Legge 266 del 23 dicembre 2005 (GU n. 189 del 16 agosto 2006)

DM 26 febbraio 2010 "Definizione delle modalità tecniche per la predisposizione e l'invio telematico dei dati delle certificazioni di malattia al SAC" (GU n. 65 del 19 marzo 2010)

DPCM 26 marzo 2008 "Attuazione dell'art. 1, comma 810, lettera c), della Legge 296 del 27 dicembre 2006, in materia di regole tecniche e trasmissione dati di natura sanitaria, nell'ambito del Sistema pubblico di connettività" (GU n. 124 del 28 maggio 2008)

Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 23 marzo 2005 (Atto di repertorio n. 2271)

Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 3 dicembre 2009, concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2010-2012 (Atto di repertorio n. 243)

Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 29 aprile 2010, concernente "Sistema CUP - Linee Guida nazionali" (Atto di repertorio n. 52)

Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 10 febbraio 2011, concernente "Il Fascicolo Sanitario Elettronico - Linee Guida nazionali" (GU n. 50 del 2 marzo 2011)

Legge 326 del 24 novembre 2003, "Conversione in legge, con modificazioni, del Decreto Legge 296 del 30 settembre 2003, recante disposizioni urgenti per favorire lo sviluppo e per la correzione dell'andamento dei conti pubblici" (GU n. 274 del 25 novembre 2003 - Supplemento Ordinario n. 181)

Legge 122 del 30 luglio 2010, "Conversione in legge, con modificazioni, del Decreto Legge 78 del 31 maggio 2010, recante misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica" (GU n. 176 del 30 luglio 2010, S.O.)

Ministero della Salute. Il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS). <http://www.nsis.salute.gov.it>. Ultima consultazione: settembre 2011

Ministero della Salute. Programma Mattoni del SSN. www.mattoni.salute.gov.it. Ultima consultazione: settembre 2011

Ministero della Salute. Questionario di indagine "Scheda di Rilevazione, Sistemi di FSE", secondo semestre dell'anno 2008

Ministero della Salute. Questionario di indagine "Scheda di Rilevazione, Sistemi di prenotazione CUP", secondo semestre dell'anno 2008

Piano Nazionale di Contenimento dei Tempi di Attesa (PNCTA) [GU n. 274 del 23 novembre 2010 - Supplemento Ordinario n. 259]

Piano Nazionale Sanità Elettronica "Una politica per la sanità elettronica: per un migliore e più efficiente Sistema Sanitario Nazionale attraverso l'innovazione digitale", anno 2005

Presidenza del Consiglio dei Ministri. Ministero per la pubblica amministrazione e l'innovazione, Piano eGovernment 2012, anno 2009

9

Gli investimenti in tecnologie ed edilizia sanitaria

9.1. Gli investimenti strutturali per la riqualificazione dell'offerta sanitaria

Le politiche di programmazione degli investimenti pubblici dedicati al patrimonio strutturale e tecnologico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) hanno seguito strettamente l'andamento delle politiche generali di riqualificazione dell'offerta assistenziale, marcate da un necessario processo di crescente attenzione a un'allocazione efficace ed efficiente degli investimenti, ai fini del contenimento della spesa sanitaria pubblica. A oltre 20 anni di distanza dall'emanazione dell'art. 20 della Legge 67 del 1988, che ha avviato il programma straordinario di investimenti nel settore sanitario, gli obiettivi inizialmente individuati dal legislatore, quali la ristrutturazione edilizia e l'ammmodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico e la realizzazione di residenze sanitarie assistenziali per anziani e soggetti non autosufficienti, sono stati nel tempo integrati con finalità specifiche; tra queste finalità si ricordano l'adeguamento alla norme di sicurezza degli edifici e degli impianti, il riequilibrio tra l'ospedale e il territorio, la realizzazione degli spazi per l'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria.

Accanto a questi obiettivi generali, le linee di programmazione definite nell'Accordo dell'8 agosto 2001, nell'Intesa del 23 marzo 2005 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome (PA) e nel Patto per la salute del 3 dicembre 2009 hanno orientato la programmazione degli investimenti in attuazione del programma, che oggi beneficia complessivamente di 24 miliardi di euro, ai sensi dell'art. 2, comma 69, della Legge 191 del 23 dicembre 2009 (Finanziaria 2010).

Tra gli attuali obiettivi del programma, è

da sottolineare che oggi i finanziamenti costituiscono le risorse attraverso le quali attuare gli impegni previsti nei Piani di Rientro dal deficit sanitario sottoscritti con le Regioni Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Molise, Piemonte, Puglia, Sardegna e Sicilia, in particolare per quanto concerne la prevista riorganizzazione delle reti ospedaliere e territoriale.

Lo scenario nel quale interviene il programma di investimenti di cui all'art. 20 è dunque in lenta, ma continua, mutazione: si passa dalle molte e spesso piccole strutture per acuti disseminate sul territorio, e oggi obsolete, alla concentrazione delle acuzie e delle specialità in centri regionali di riferimento, accanto ai quali operano ospedali satelliti e un'adeguata rete territoriale che filtra l'assistenza ospedaliera e si pone in necessaria continuità di cura rispetto a essa.

9.2. Il programma straordinario di investimenti di cui all'art. 20 della Legge 67/1988

L'art. 20 della Legge 67/1988 autorizza un programma pluriennale di investimenti. Come precedentemente detto, gli obiettivi generali del programma indicati dal legislatore sono finalizzati alla riqualificazione del patrimonio edilizio e tecnologico pubblico e alla realizzazione di residenze sanitarie assistenziali. Il programma pluriennale autorizza un investimento di 30.000 miliardi di lire, pari a € 15,494 miliardi di euro articolato in più fasi.

Il quadro riepilogativo generale delle risorse del programma straordinario di investimenti è illustrato nella *Tabella 9.1*, nella quale i finanziamenti di ciascuna linea di programma sono ripartiti per ciascuna Regione.

Tabella 9.1. Programma pluriennale di investimenti in sanità art. 20, Legge n. 67/1988

Regioni ed Enti	Assegnazione art. 20 I fase del programma	Assegnazione art. 20 II fase del programma Delibera CIPE n. 52 del 6.5.98	Tranche Assegnazione 1998 impegnati in sicurezza e completamenti Delibera CIPE n. 53 del 6.5.98 (di cui della colonna b)	Integrazione finanziamenti di cui alla Legge 488/1998 per RADIOTERAPIA DM 28.12.2001	Integrazione finanziamenti di cui alla Legge 388/2000 DM 08.06.2001 quota per LIBERA PROFESSIONE	
	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	
Piemonte	313.826.584,10	678.270.075,97	79.714.089,46	987.771,96	60.428.733,60	
Valle d'Aosta	14.744.328,01	31.865.907,13	4.537.315,56	46.406,66	1.418.336,70	
Lombardia	578.806.158,23	1.201.068.032,87	129.630.681,67	1.749.128,20	132.471.194,62	
PA di Bolzano	33.868.726,99	73.199.502,14	12.870.105,93	106.601,22	0,00	
PA di Trento	36.877.604,88	79.702.210,95	28.881.199,42	116.071,18	8.404.575,81	
Veneto	288.983.974,34	624.575.601,54	93.264.369,12	909.576,12	61.974.827,89	
Friuli Venezia Giulia	96.188.031,63	207.889.395,59	26.339.301,85	302.751,55	0,00	
Liguria	158.574.475,67	339.111.797,42	28.140.187,06	493.852,13	39.210.377,38	
Emilia Romagna	299.412.788,51	614.052.792,22	146.827.663,50	894.251,64	87.214.076,55	
Toscana	266.915.254,59	497.455.416,86	149.103.172,59	724.449,64	76.107.154,48	
Umbria	63.529.363,16	140.735.021,46	102.249.686,25	204.953,92	25.677.941,61	
Marche	102.707.267,07	226.332.071,46	44.352.027,35	329.609,81	42.332.939,10	
Lazio	371.874.790,19	795.573.964,37	39.818.826,92	1.158.602,86	102.661.209,05	
Abruzzo	137.004.136,82	285.087.823,50	66.597.659,42	415.176,44	18.942.089,69	
Molise	48.367.737,97	104.831.970,75	12.435.765,67	152.667,92	0,00	
Campania	526.105.346,88	1.120.588.037,83	10.329.137,98	1.631.924,33	79.253.874,72	
Puglia	376.810.568,77	814.789.776,22	41.161.614,86	1.186.587,05	53.948.571,22	
Basilicata	68.929.952,95	142.494.073,66	17.722.218,49	207.515,64	27.613.917,48	
Calabria	198.491.945,85	424.925.759,32	26.473.838,88	618.823,92	0,00	
Sicilia	496.353.297,84	1.256.885.145,15	89.829.172,58	1.830.415,26	0,00	
Sardegna	160.082.013,36	345.982.740,01	11.039.052,92	503.858,36	8.483.321,02	
SUB TOTALE	4.638.454.347,79	10.005.417.116,41	1.161.317.087,49	14.570.995,81	826.143.140,92	
Riserva Enti (IRCCS - Policlinici Univ. a gestione diretta - Osp. Classificati - IZS - ISS)	216.240.503,65	633.595.004,83	129.825.160,23	922.711,17		
SUB TOTALE			1.291.142.247,72		826.143.140,92	
Totale	4.854.694.851,44	10.639.012.121,24		15.493.706,98		
TOTALE COMPLESSIVO						
del programma straordinario di investimenti art. 20 Legge 67/1988 (a+b+d+e+f+g+h+i)						

Fonte: Ministero della Salute – Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli Essenziali di

La prima fase ha avuto termine nel 1996 con un impegno di 4.855 miliardi di euro (colonna a). La seconda fase, avviata nel 1998, ha previsto l'utilizzo di 10.639 miliardi di euro (colonna b), destinati alla riqualificazione strutturale e tecnologica del-

la rete dell'offerta sanitaria. Le risorse inizialmente previste sono state successivamente incrementate con la:

- Legge 488 del 23 dicembre 1999, art. 28, comma 12, per € 15.493.706,98, ripartiti con DM 28 dicembre 2001, per il po-

(situazione al 31 dicembre 2010)

	Integrazione finanziamenti di cui alla Legge 388/2000 Quota ripartita con Delibera CIPE n. 65 del 02.08.2002	Integrazioni finanziamenti di cui alla Legge 296/2006 (Finanziaria 2007)	Integrazioni finanziamenti di cui alla Legge 244/2007 (Finanziaria 2008)	Integrazione finanziamenti di cui alla Legge 191/2009 (Finanziaria 2010) Quota da ripartire	Risorse destinate ad ACCORDI DI PROGRAMMA	Valore complessivo Accordi di programma perfezionati al 31 dicembre 2010
	(f)	(g)	(h)	(i)	[l = (b-c)+f+g+h]	(m)
	98.633.387,00	166.416.896,28	185.444.700,96		1.049.050.970,75	671.405.557,06
	4.131.655,00	5.608.113,72	6.682.366,40		43.750.726,69	31.460.246,57
	269.786.902,00	317.141.220,86	414.285.419,46		2.072.650.893,52	1.579.773.354,89
	7.359.511,00	21.505.512,75	25.923.974,51		115.118.394,47	115.118.394,47
	20.115.996,00	22.557.430,28	27.186.770,85		120.681.208,66	93.494.437,81
	144.246.412,00	155.526.921,38	205.189.801,72		1.036.274.367,52	796.084.566,08
	13.100.372,00	43.727.381,50	52.931.198,10		291.309.045,34	150.955.889,83
	29.329.326,00	69.746.791,86	83.528.060,51		493.575.788,73	304.558.235,50
	109.095.763,00	163.576.871,80	207.231.703,24		947.129.466,77	739.896.214,16
	156.031.882,00	169.570.030,64	203.565.374,18		877.519.531,08	673.954.156,90
	16.010.164,00	37.885.974,84	45.861.902,22		138.243.376,27	54.495.499,21
	35.398.109,00	46.775.806,55	61.364.785,48		325.518.745,14	325.518.745,14
	79.124.621,00	176.946.888,59	215.370.695,04		1.227.197.342,08	630.413.624,66
	7.850.145,00	60.357.372,57	72.925.444,02		359.623.125,67	119.700.370,06
	1.962.536,00	14.989.007,41	18.356.862,42		127.704.610,91	22.887.891,75
	43.684.968,00	255.121.354,30	312.687.004,42		1.721.752.226,57	499.828.734,86
	23.008.974,00	186.749.661,09	221.063.542,96		1.204.450.339,41	640.229.424,91
	5.396.975,00	33.267.215,48	40.226.909,22		203.662.954,87	130.168.830,16
	12.297.297,00	89.923.658,91	107.967.363,62		608.640.239,97	239.701.717,44
	23.570.003,00	251.531.588,07	332.275.508,97		1.774.433.072,60	971.440.034,12
	11.751.617,00	91.046.025,10	109.930.611,70		547.671.940,89	346.695.304,09
	1.111.886.615,00	2.379.971.723,98	2.950.000.000,00	1.000.000.000,00	15.285.958.367,91	9.137.781.229,67
	127.797.840,44	45.000.000,00	50.000.000,00			794.625.225,44
	1.239.684.455,44					
	2.065.827.596,36	2.424.971.723,98	3.000.000.000,00			
	24.000.000.000,00					

Assistenza e dei Principi Etici di Sistema – Ufficio VII – Anno 2010.

tenziamento delle strutture di radioterapia (colonna d);

- Legge 388 del 23 dicembre 2000, art. 83, per € 2.065.827.596,36, ripartiti con DM 8 giugno 2001 € 826.143.140,92 (colonna e), per la realizzazione di strut-

ture per l'attività libero-professionale intramuraria e € 1.239.684.455,44 (colonna f), ripartite con delibera CIPE 2 agosto 2002, n. 65 e successive modifiche, alle Regioni e PA e agli Enti di cui alla Legge 412/1991;

- Legge 296 del 27 dicembre 2006 (Finanziaria 2007), art. 1, comma 796, lett. n), per € 2.424.971.723,98 (colonna g) ripartite con delibera CIPE 18 dicembre 2008, n. 98;
 - Legge 244 del 24 dicembre 2007 (Finanziaria 2008), all'art. 2, comma 279, per € 3.000.000.000,00 (colonna h), ripartite con delibera CIPE 18 dicembre 2008, n. 97;
 - Legge 191 del 23 dicembre 2009 (Finanziaria 2010), all'art. 2, comma 69, per € 1.000.000.000,00 (colonna i), elevando a complessivi 24 miliardi di euro la dotazione di risorse per il programma pluriennale di interventi in sanità.
- A partire dal 1998, con l'abolizione del finanziamento tramite il ricorso ai mutui, le risorse finanziarie per l'attuazione della seconda fase del programma sono assicurate annualmente da rifinanziamenti in tabella D delle Leggi Finanziarie, quali importi da iscrivere in bilancio in tabella F, in relazione alle autorizzazioni di spesa previste da leggi pluriennali, sulla base degli sviluppi della programmazione negoziata tra il Ministero della Salute, le Regioni e le PA di Trento e di Bolzano, con il concerto del Ministero dell'Economia e delle Finanze e d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le PA.
- Il sistema ha consentito lo sviluppo graduale del programma in relazione alle capacità di programmazione e di spesa delle Regioni, che hanno potuto utilizzare tutta o parte della quota assegnata, attraverso due strumenti di programmazione negoziata possibili per l'attuazione dell'art. 20, quali gli Accordi di Programma Quadro ex art. 2, comma 203, della Legge 662/1996, attivati qualora le Regioni includano la salute nell'ambito delle intese istituzionali di programma, e gli Accordi di Programma ex art. 5 bis del D.Lgs. 502/1992, introdotto dal D.Lgs. 229/1999. Entrambi consentono alle Regioni e alle PA di disporre programmaticamente della quota loro assegnata, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze e d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni.
- Attraverso i citati strumenti di program-

mazione negoziata, il Ministero della Salute, le Regioni e le PA approfondiscono e condividono nuove priorità e nuovi traguardi, rispetto agli obiettivi generali posti dal legislatore con l'avvio del programma di investimenti. E ciò in coerenza con i principali obiettivi generali individuati nel Piano Sanitario Nazionale e in relazione a specifici Accordi sanciti in sede di Conferenza Stato-Regioni.

Tali modalità hanno imposto scelte rigorose, volte a orientare l'impiego di cospicue risorse finanziarie a obiettivi non limitati all'esclusiva valutazione economico-patrimoniale, ma orientate a obiettivi di salute sulla base di specifiche e contestuali analisi di contesto e valutazioni dei bisogni.

Alla data del 30 settembre 2011 risultano sottoscritti 58 Accordi di Programma/Accordi integrativi dal Ministero e dalle Regioni e PA, di cui n. 7 sono Accordi di Programma Quadro all'interno di Intese istituzionali di programma a norma dell'art. 2, comma 203, della Legge 662/96, e 51 Accordi di Programma ex art. 5 bis del D.Lgs. 502/1992. In particolare, nel periodo 2009-2010, sono stati sottoscritti 11 Accordi di Programma.

Il valore complessivo delle risorse finanziarie messe a disposizione delle Regioni e delle PA, nella seconda fase del programma, ammonta a 15,286 miliardi di euro, a cui si aggiungono i programmi relativi agli Enti di cui all'art. 4, comma 15, della Legge 412 del 30 dicembre 1991 e successive modificazioni (IRCCS – Policlinici Universitari a gestione diretta – Ospedali Classificati – IZS – ISS) per complessivi 857,315 milioni di euro.

Sono in corso le procedure per la definizione di ulteriori Accordi con le Regioni Veneto, Molise, Lombardia, Toscana, Liguria, Friuli Venezia Giulia, Umbria, Calabria ed Emilia Romagna.

Una volta sottoscritto l'Accordo, la Regione o la PA, verificata l'appaltabilità degli interventi in esso previsti, chiede al Ministero della Salute l'ammissione a finanziamento degli interventi; a partire dall'ammissione a finanziamento le risorse statali sono effettivamente erogabili dal Ministero

dell'Economia e delle Finanze, detentore del capitolo di spesa.

Al 30 settembre 2011 è risultato appaltabile circa il 97,2% delle risorse impegnate in Accordi sottoscritti ed è stata autorizzata la spesa per circa 8,986 miliardi di euro.

Persistono, comunque, forti differenziazioni nei tempi di sottoscrizione e di attuazione degli Accordi, a motivo delle diverse complessità regionali; il dato totale deve essere necessariamente scomposto nelle componenti regionali e annuali, come rappresentato nella *Tabella 9.2*.

La stessa mostra come undici Regioni abbiano richiesto il finanziamento del 100%

delle risorse sottoscritte, sette Regioni oltre l'80% delle risorse sottoscritte. Delle restanti Regioni, due hanno richiesto oltre il 50% e una oltre il 40%.

Si evidenzia, inoltre, come 2 Regioni abbiano sottoscritto il 100% delle risorse assegnate, mentre 6 delle restanti Regioni hanno raggiunto la percentuale del 70%.

Nel *Figura 9.1* sono rappresentati l'andamento nell'arco temporale 1999-2010 degli Accordi di Programma e l'andamento degli importi ammessi a finanziamento a valere sugli Accordi medesimi.

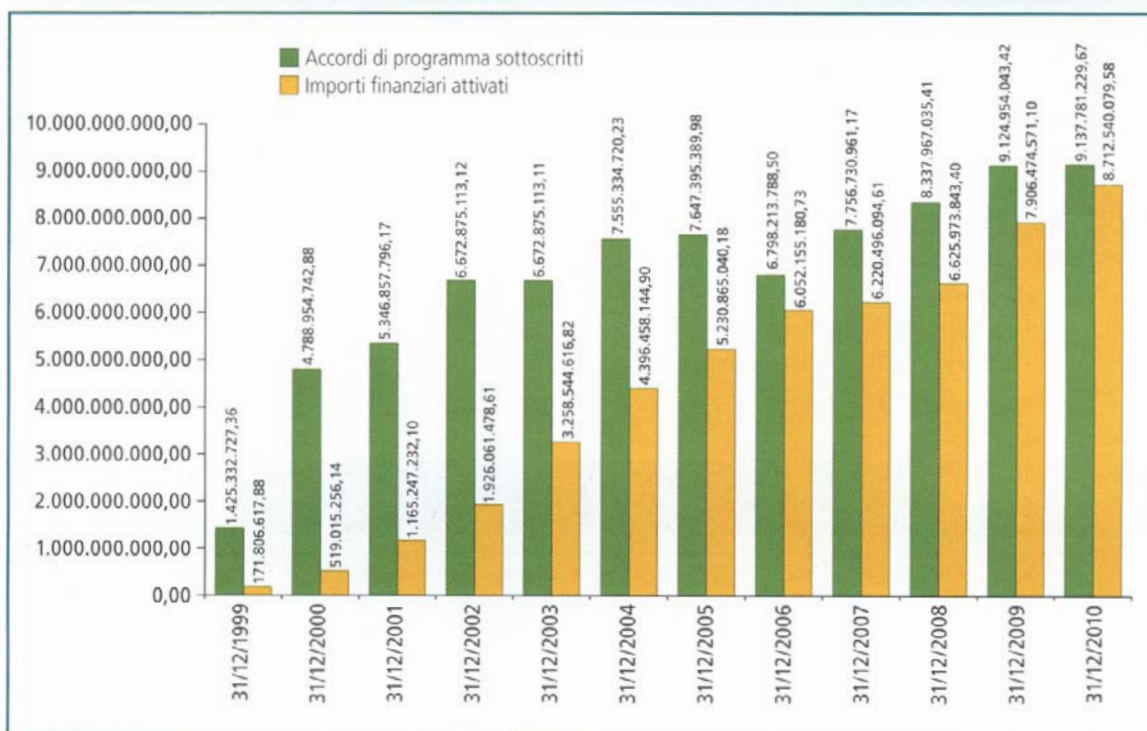
La diversa evoluzione nell'utilizzazione delle risorse dipende, oltre che dall'esperienza

Tabella 9.2. Programma pluriennale di investimenti in sanità art. 20, Legge 67/1988. Monitoraggio Accordi di Programma (situazione al 31 dicembre 2010)

Regione	Risorse destinate ad Accordi di programma	Valore degli Accordi di programma sottoscritti al 31 dicembre 2010	% risorse sottoscritte su risorse destinate	Risorse ammesse a finanziamento a valere sugli Accordi sottoscritti	% risorse ammesse a finanziamento a valere su accordi sottoscritti	% Risorse da ammettere a finanziamento su risorse sottoscritte
	(a)	(b)	(c = b/a)	(d)	(e = d/b)	(f)
Piemonte	1.049.050.970,75	671.405.557,06	64,0%	669.987.453,81	99,8%	0,2%
Valle d'Aosta	43.750.726,69	31.460.246,57	71,9%	31.460.246,57	100,0%	0,0%
Lombardia	2.072.650.893,53	1.579.773.354,89	76,2%	1.531.555.349,64	96,9%	3,1%
PA di Bolzano	115.118.394,47	115.118.394,47	100,0%	67.688.907,21	58,8%	41,2%
PA di Trento	120.681.208,66	93.494.437,81	77,5%	77.534.682,53	82,9%	17,1%
Veneto	1.036.274.367,52	796.084.566,08	76,8%	725.084.388,51	91,1%	8,9%
Friuli Venezia Giulia	291.309.045,34	150.955.889,83	51,8%	150.955.889,83	100,0%	0,0%
Liguria	493.575.788,73	304.558.235,50	61,7%	299.808.245,49	98,4%	1,6%
Emilia Romagna	947.129.466,77	739.896.214,16	78,1%	739.896.214,21	100,0%	0,0%
Toscana	877.519.531,08	673.954.156,90	76,8%	673.954.156,90	100,0%	0,0%
Umbria	138.243.376,26	54.495.499,21	39,4%	54.494.675,50	100,0%	0,0%
Marche	325.518.745,14	325.518.745,14	100,0%	215.825.932,72	66,3%	33,7%
Lazio	1.227.197.342,08	630.413.624,66	51,4%	630.413.291,19	100,0%	0,0%
Abruzzo	359.623.125,67	119.700.370,06	33,3%	50.396.675,39	42,1%	57,9%
Molise	127.704.610,91	22.887.891,75	17,9%	22.887.891,75	100,0%	0,0%
Campania	1.721.752.226,57	499.828.734,86	29,0%	499.866.999,87	100,0%	0,0%
Puglia	1.204.450.339,41	640.229.424,91	53,2%	640.229.424,91	100,0%	0,0%
Basilicata	203.662.954,87	130.168.830,16	63,9%	122.737.414,34	94,3%	5,7%
Calabria	608.640.239,97	239.701.717,44	39,4%	239.701.717,45	100,0%	0,0%
Sicilia	1.774.433.072,60	971.440.034,12	54,7%	964.402.562,47	99,3%	0,7%
Sardegna	547.671.940,89	346.695.304,09	63,3%	303.657.959,29	87,6%	12,4%
Totale	15.285.958.367,91	9.137.781.229,67	59,8%	8.712.540.079,58	95,3%	4,7%

Fonte: Ministero della Salute – Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli Essenziali di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema – Ufficio VII – Anno 2010.

Figura 9.1. Programma pluriennale di investimenti in sanità art. 20, Legge 67/1988. Andamento temporale degli importi finanziari sottoscritti con gli Accordi di Programma e degli importi finanziari attivati (situazione al 31 dicembre 2010).



Fonte: Ministero della Salute – Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli Essenziali di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema – Ufficio VII – Anno 2010.

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

Gli istogrammi contenuti nella *Figura 9.2* rappresentano per ciascuna Regione e PA, sul totale delle risorse sottoscritte in Accordi di Programma, i rapporti tra le risorse ammesse a finanziamento e quelle ancora da richiedere.

Tra le specifiche linee di finanziamento, che caratterizzano il programma di investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie, di cui all'art. 20 della Legge 67/1988, peculiare rilievo, anche in connessione con le riforme intervenute nel settore, rivestono le misure finalizzate a consentire l'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria. La copertura finanziaria è assicurata dalla citata Legge 388 del 23 dicembre 2000, art. 83,

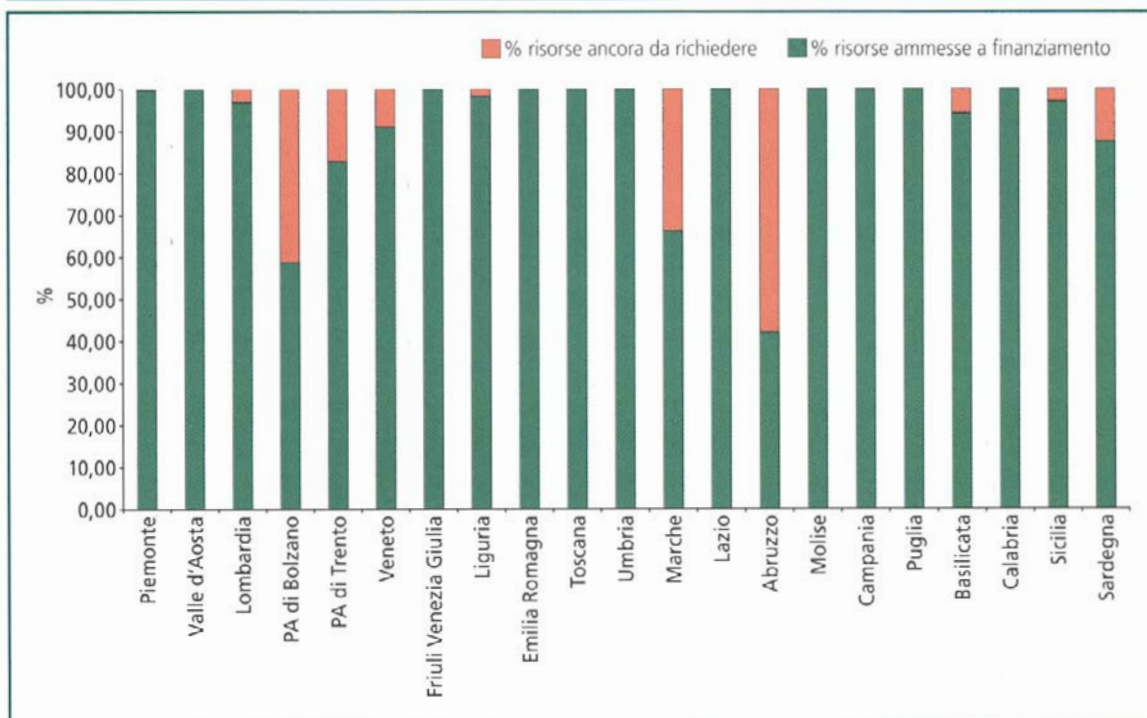
comma 3, che incrementa il programma di investimenti ex art. 20 Legge 67/1988, destinando, tra l'altro, 826,143 milioni di euro per l'esercizio dell'attività in questione.

La copertura finanziaria del programma per la libera professione è annualmente definita dal Ministero dell'Economia e delle Finanze sulla base delle disponibilità finanziarie e tenuto conto delle esigenze rappresentate dal Ministero della Salute.

Alla data del 31 dicembre 2010, delle risorse ripartite con il citato DM 8 giugno 2001, sono stati ammessi a finanziamento interventi per circa 732,605 milioni di euro, pari all'88,6% della somma, per interventi che comprendono sia realizzazioni edilizie, sia la messa a disposizione di tecnologie per l'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria.

Per quanto riguarda il programma per la radioterapia, di cui alla Legge 488/1999, sono stati ammessi a finanziamento per circa 12,289 milioni di euro, pari all'84,3% delle risorse ripartite alle Regioni e alle PA

Figura 9.2. Programma pluriennale di investimenti in sanità art. 20, Legge 67/1988. Rapporti tra risorse ammesse a finanziamento, risorse ancora da richiedere (situazione al 31 dicembre 2010).



Fonte: Ministero della Salute – Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli Essenziali di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema – Ufficio VII – Anno 2010.

e il 100% di quelle riservate agli Enti di cui al citato art. 4, comma 15, della Legge 412 del 30 dicembre 1991 e successive modificazioni.

La Legge 291 del 23 dicembre 2009 (Finanziaria 2010), art. 2, comma 69, ha incrementato il programma di € 1.000.000.000,00; tali risorse non sono ancora state ripartite alle Regioni.

9.3. La metodologia per la valutazione degli investimenti

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

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

La volontà politica delle Regioni e del Governo centrale di superare le criticità determinatesi nella prima fase di attuazione del programma straordinario di investimenti, derivanti dalla polverizzazione dei finanziamenti e dalla mancanza di un progetto organico, ha sollecitato nella seconda fase del programma una capacità programmatica più determinata nel concentrare i finanziamenti in un numero contenuto di interventi strategici e coerenti in una logica di rete che richiede grandi strutture ospedaliere di riferimento, più sicure, capaci di ridurre i “viaggi della speranza” fuori Regione,

in collegamento funzionale con le strutture “distrettuali”. L'esigenza di superare una politica di investimenti “a pioggia”, di spinte locali e di resistenze al cambiamento, a favore di una politica organica di individuazione delle strategie, degli obiettivi e dei risultati, sottintende l'acquisizione di una “cultura della programmazione”.

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

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

Elemento fondamentale degli Accordi è il Documento Programmatico, che illustra la programmazione dei soggetti interessati e definisce le strategie e gli obiettivi generali e specifici degli investimenti previsti nell'Accordo stesso. Al fine di agevolare la predisposizione di questi documenti e sollecitare la metodologia di programmazione sottesa, il Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici di questa Amministrazione (istituito ai sensi dell'art. 1 della Legge 144/1999) ha elaborato una metodologia per la valutazione *ex ante* (MexA), basandosi sull'esperienza maturata con la stesura dei primi Accordi di Programma e rifacendosi alle metodologie adottate a livello comunitario; in tal modo si è inteso, inoltre, rendere omogenee le informazioni e l'approccio programmatico illustrato dalle Regioni. I contenuti della Metodologia per la valutazione *ex ante* sono stati sviluppati essenzialmente in principi e criteri, lasciando all'autonomia e alla specifica realtà di ciascuna Regione la definizione di quei criteri in termini di analisi di contesto, definizione degli obiettivi e individuazione degli indicatori per la valuta-

zione *in itinere* ed *ex post*. Il risultato di questo lavoro ha trovato riconoscimento nell'Accordo sancito il 28 febbraio 2008 tra il Governo, le Regioni e le PA di Trento e di Bolzano sulle modalità e procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità attraverso gli Accordi di Programma, di cui la MexA è parte integrante.

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

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

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

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

Le strategie proposte, esplicitate in obiettivi generali e specifici e inquadrare nell'analisi economico-finanziaria del programma, vengono quindi poste in coerenza rispetto alle politiche nazionali (quali il Piano Sanitario Nazionale, i Piani di Rientro, il Patto per la Salute ecc.) e regionali (quali il Piano Sanitario Regionale, il Piano di rete ospedaliera e territoriale ecc.) e in accordo con eventuali politiche comunitarie in materia. Questa analisi garantisce la solidità pro-

grammatoria complessiva, perché inquadra gli obiettivi del programma in contesti programmatori intersettoriali e definiti da attori istituzionali di vario livello.

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

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

La solidità della metodologia proposta con la MexA sta nel fatto che, come accennato, essa nasce dalla messa a sistema

delle esperienze maturate negli anni dalle diverse Regioni, orientata dall'approccio già definito a livello comunitario e di indirizzi di metodologia di programmazione.

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

Bibliografia essenziale

Ministero della Salute. Metodologia per la valutazione ex ante (MexA). Temi "Investimenti in sanità" – Art. 20. <http://www.salute.gov.it>. Ultima consultazione: settembre 2011

10

Fondi strutturali Europei 2000-2006 e Quadro Strategico Nazionale 2007-2013

10.1. Introduzione

Il Ministero della Salute, nell'ambito del PON Assistenza tecnica e azioni di sistema (PON ATAS 2000-2006), ha attuato azioni di assistenza tecnica alle Regioni del Mezzogiorno, mirate a rafforzare l'integrazione fra politiche strutturali e la tutela della salute pubblica e a potenziare la capacità di valutazione della sostenibilità delle politiche di sviluppo, in termini di impatto sulla salute e di modernizzazione del modello sociale.

I risultati del Progetto sono stati positivi dal punto di vista della qualità dei contenuti realizzati, ma più modesti per quanto riguarda sia la capacità di "internalizzazione" delle capacità nelle strutture (sistemi informativi e competenze professionali) degli osservatori epidemiologici regionali, sia la capacità di intercettare i processi decisionali della programmazione regionale straordinaria e ordinaria, a eccezione dell'ambito delle politiche ambientali. Ne deriva, riguardo alla nuova attività di assistenza tecnica, l'esigenza di dover reperire formule originali e più efficaci di investimento per la creazione di capacità professionali e, all'interno della Regione, degli uffici e agenzie più idonee a ospitare queste capacità, nonché, al tempo stesso, di includere la valutazione di impatto e di analisi del fabbisogno all'interno dei processi decisionali che caratterizzano la *governance* di ogni singola amministrazione destinataria dell'attività di assistenza tecnica. In questo senso, la nuova attività di assistenza tecnica si è caratterizzata per un approccio più mirato nei confronti delle Amministrazioni regionali, forte del consolidamento delle capacità interne al Ministero nella gestione delle diverse attività, anche in forza del Piano di Riorganizzazione Interna di cui si dirà oltre.

10.2. Quadro Strategico Nazionale (QSN) 2007-2013

Gli intervenuti cambiamenti del contesto socioeconomico dell'Unione Europea (UE) allargata, a seguito dell'avvenuto ingresso dei 12 nuovi Stati membri, hanno tra l'altro richiesto l'aggiornamento progressivo della politica comunitaria con individuazione di nuove priorità, connesse peculiarmente ai temi della crescita delle disparità economiche e sociali, dell'accelerazione del processo di ristrutturazione economico, dei cambiamenti demografici e delle migrazioni, del più decisivo contributo all'Agenda di Lisbona.

Parallelamente, il nuovo processo di programmazione è stato improntato, in estrema sintesi, su nuovi obiettivi e priorità della politica di coesione, riduzione del numero di mondi strutturali, maggiore decentramento delle responsabilità, proporzionalità dei controlli, rafforzamento dei sistemi di gestione e controllo.

Con specifico riferimento al Quadro Strategico Nazionale (QSN) per la politica aggiuntiva 2007-2013 previsto dall'art. 27 del Regolamento CE 1083/2006, che rappresenta il documento di programmazione con cui l'Italia persegue gli obiettivi previsti dalla politica di coesione comunitaria per il periodo in riferimento, si è giunti alla relativa formulazione sia sulla base del contributo fornito dalle diverse Amministrazioni centrali e dalle Regioni, sia attraverso un processo partenariale molto serrato tra le Amministrazioni e le parti economiche e sociali.

In particolare, lo Stato italiano ha individuato 4 obiettivi e 10 priorità specifiche per la programmazione 2007-2013 e la strategia complessiva è dotata sia di risorse di fonte UE (Fondi strutturali), sia di risorse

se di fonte nazionale (Fondo di co-finanziamento nazionale ai Fondi strutturali e il Fondo per le aree sottoutilizzate, FAS).

Il tema salute, seppure non presente in maniera specifica nel QSN, rappresenta un'area chiave di intervento nell'ambito sia degli obiettivi di servizio, sia dei programmi operativi regionali che evidenziano particolare attenzione a progetti legati allo sviluppo dell'*eHealth*, al potenziamento infrastrutturale e dei servizi sociosanitari pubblici, alla promozione di progetti di riqualificazione in ambito urbano e rurale.

10.3. Azioni di sistema e assistenza tecnica per gli obiettivi di servizio – Progetto ADI

Il QSN 2007-2013 definisce gli obiettivi di servizio a cui è applicato un target vincolante, gli indicatori per misurarli e il meccanismo di incentivazione associato al loro raggiungimento.

Gli obiettivi di servizio sono un'innovativa modalità di *policy* orientata ai risultati introdotta dal QSN. Le istituzioni coinvolte sono chiamate a concentrare risorse e attività su quattro ambiti di servizi essenziali per i cittadini (istruzione, servizi di cura per gli anziani e per l'infanzia, gestione dei rifiuti urbani e servizio idrico integrato) per raggiungere obiettivi quantificati e misurati da un set di 11 indicatori.

Tra i citati servizi di cura per gli anziani e per l'infanzia, in particolare, è previsto lo specifico obiettivo di incrementare la percentuale di anziani beneficiari di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) dall'1,6% al 3,5%, con relativo indicatore S.06 "Pressa in carico degli anziani per il servizio di assistenza domiciliare integrata: percentuale di anziani trattati in assistenza domiciliare integrata rispetto al totale della popolazione anziana (65 anni e oltre)".

Al sistema è associato un meccanismo premiale: il raggiungimento nel 2013 dei target stabiliti comporta l'assegnazione di premi per un ammontare complessivo di 3 miliardi di euro. Per tutte le Regioni è necessario che l'incidenza della spesa per l'assi-

stenza domiciliare integrata risulti almeno pari a quella attualmente osservata. Quindi, accanto al suddetto indicatore S.06, va considerato l'indicatore S.06 bis relativo all'incidenza del costo dell'ADI sul totale della spesa sanitaria.

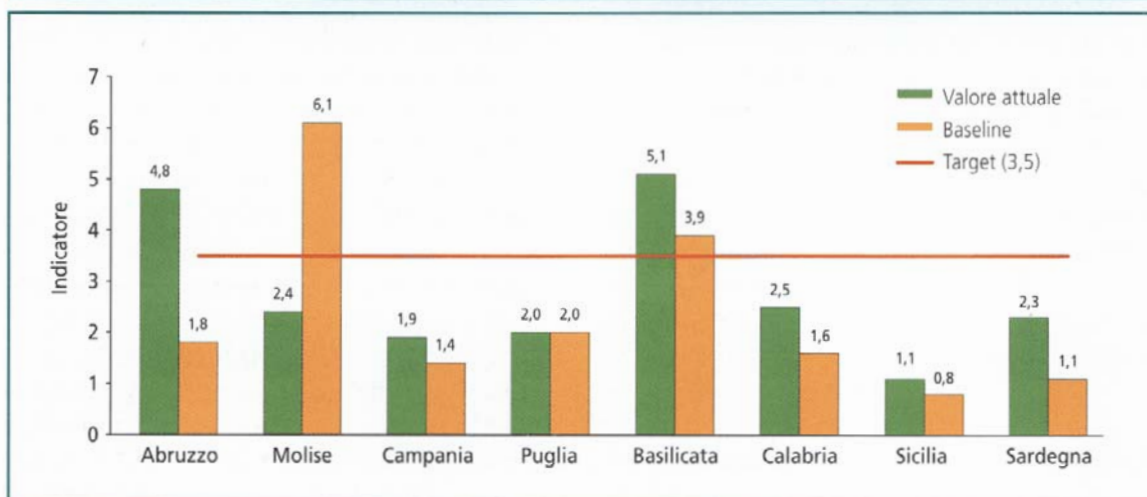
Al fine di dare attuazione a quanto stabilito nel progetto "Azioni di sistema e assistenza tecnica degli obiettivi di servizio", per il quadriennio 2008-2012 sono state attribuite risorse finanziarie pari a 3 milioni di euro dal CIPE al Ministero della Salute, congiuntamente al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e al Dipartimento delle Politiche per la Famiglia presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, per interventi tesi al raggiungimento del suddetto obiettivo di servizio S.06.

Il Ministero della Salute, congiuntamente alle due Amministrazioni citate, ha così definito una serie di attività progettuali finalizzate a supportare le otto Amministrazioni regionali del Mezzogiorno per il conseguimento dell'obiettivo di servizio in parola. La *Figura 10.1* mostra i valori rilevati, rispettivamente, nel 2005 e nel 2009 per le Regioni considerate.

Più specificamente, questa Amministrazione ha elaborato il progetto "Azioni di sistema e assistenza tecnica per il conseguimento dei target relativi ai servizi di assistenza domiciliare integrata per la popolazione anziana", con il quale intende assicurare sostegno alle Regioni del Mezzogiorno nell'implementazione di nuovi modelli di governo del sistema dei servizi, finalizzati a promuovere azioni di coesione, sviluppo e valorizzazione di competenze e responsabilità della comunità locale, e che pongano al centro la persona e la famiglia, l'individuo e le sue reti di relazioni. Il progetto mira, dunque, a supportare e potenziare le Amministrazioni regionali del Mezzogiorno nell'attuazione della programmazione dei servizi ADI sociosanitari, attraverso l'integrazione sul territorio di tutti i servizi sociali, assistenziali e sanitari.

La linea direttrice è di rafforzare la strategia di cooperazione tra i diversi livelli di governo – nazionale, regionale e locale –, allo scopo di garantire l'uniformità delle presta-

Figura 10.1. Indicatore S.06. Presa in carico degli anziani per il servizio di assistenza domiciliare integrata (dati aggiornati al 2009).



Fonte: Ministero della Salute.

zioni in materia di cura e assistenza della non autosufficienza sul territorio nazionale e assicurare le azioni necessarie in termini di sviluppo di capacità di indirizzo, di monitoraggio e valutazione dei processi, di creazione di standard e dispositivi comuni. La logica seguita, in tutta la realizzazione del progetto, è stata quella di sostenere la crescita e lo sviluppo dei servizi rivolti agli anziani per offrire una risposta globale all'utenza, investendo risorse sul territorio, per contribuire a creare percorsi di assistenza e di cura integrati in alternativa ai ricoveri ospedalieri e per migliorare la qualità della vita delle persone nel loro ambiente abituale.

Nella prima fase dell'attuazione del progetto, in diverse Regioni, è emersa la criticità sull'attività del servizio ADI, dal punto di vista sia della tipologia dei servizi offerti sotto tale dicitura (gli stessi termini sono usati a volte per indicare aspetti differenti), sia del sistema di *governance* sotteso. In alcuni casi, la situazione dell'integrazione sociosanitaria dei territori appare più avanzata rispetto a quella dell'integrazione a livello di Assessorati competenti.

Occorre comunque rilevare che il Progetto sta innescando un processo virtuoso di collaborazione, scambi di vedute e diffuso consolidamento delle iniziative settoriali tra i diversi settori coinvolti – sociale e sa-

nitario – e tra i differenti livelli di governo, locale, regionale e centrale. E proprio questo aspetto sembra poter costituire il più significativo contributo del Progetto alla realizzazione dell'integrazione delle politiche sociali con le politiche sanitarie. Per la prima volta, infatti, nell'ambito degli obiettivi di coesione, il settore sociale partecipa sistematicamente ai tavoli dell'integrazione sociosanitaria, a manifesta testimonianza dell'avvio del superamento di una criticità storica che da sempre caratterizza l'attuazione delle politiche ordinarie afferenti all'assistenza domiciliare integrata.

10.4. Progetto operativo di assistenza tecnica (POAT Salute)

Nell'ambito del PON GAT Fondo Europeo di Sviluppo Regionale 2007-2013 e con riferimento all'Obiettivo di Servizio II.4 "Rafforzamento delle strutture operative e delle competenze nella Pubblica Amministrazione", il Ministero della Salute ha presentato una proposta di "Piano di Riorganizzazione e rafforzamento delle capacità" per l'erogazione di servizi di assistenza tecnica alle Regioni dell'Obiettivo Convergenza (Campania, Puglia, Calabria e Sicilia) e in data 26 luglio 2010 è intervenuta, con l'Ufficio per la Formazione del Personale