

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'allocatione 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.

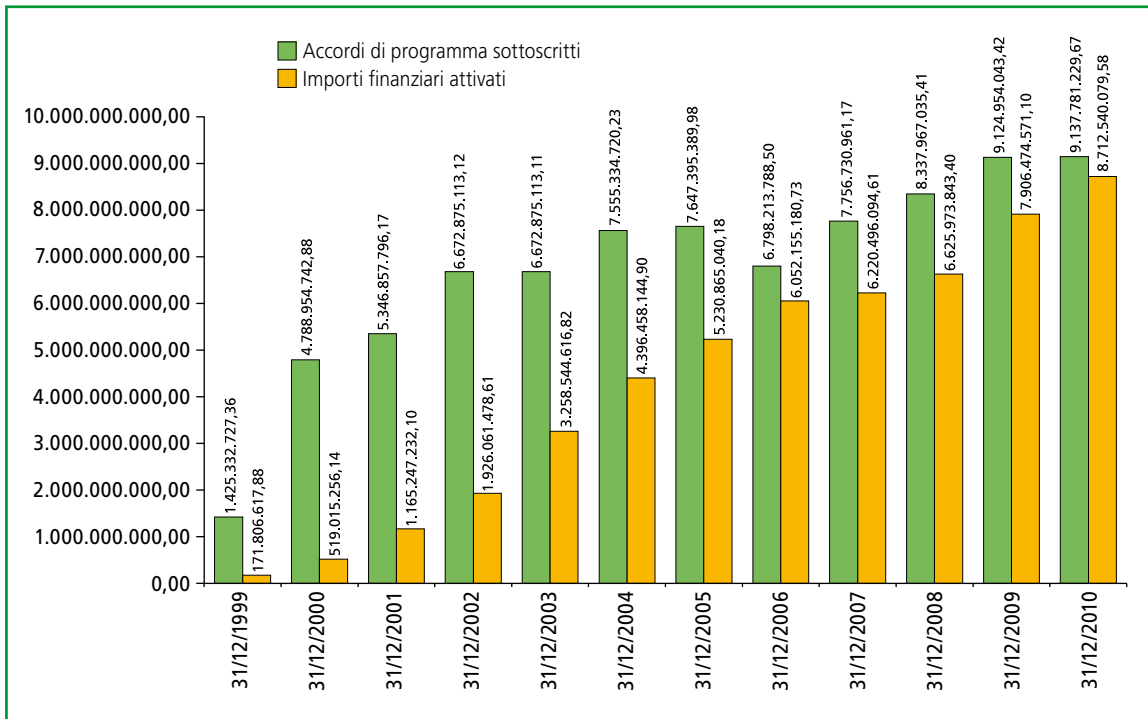
La diversa evoluzione nell'utilizzazione delle risorse dipende, oltre che dall'esperienza

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

Gli istogrammi contenuti nella *Figura 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,

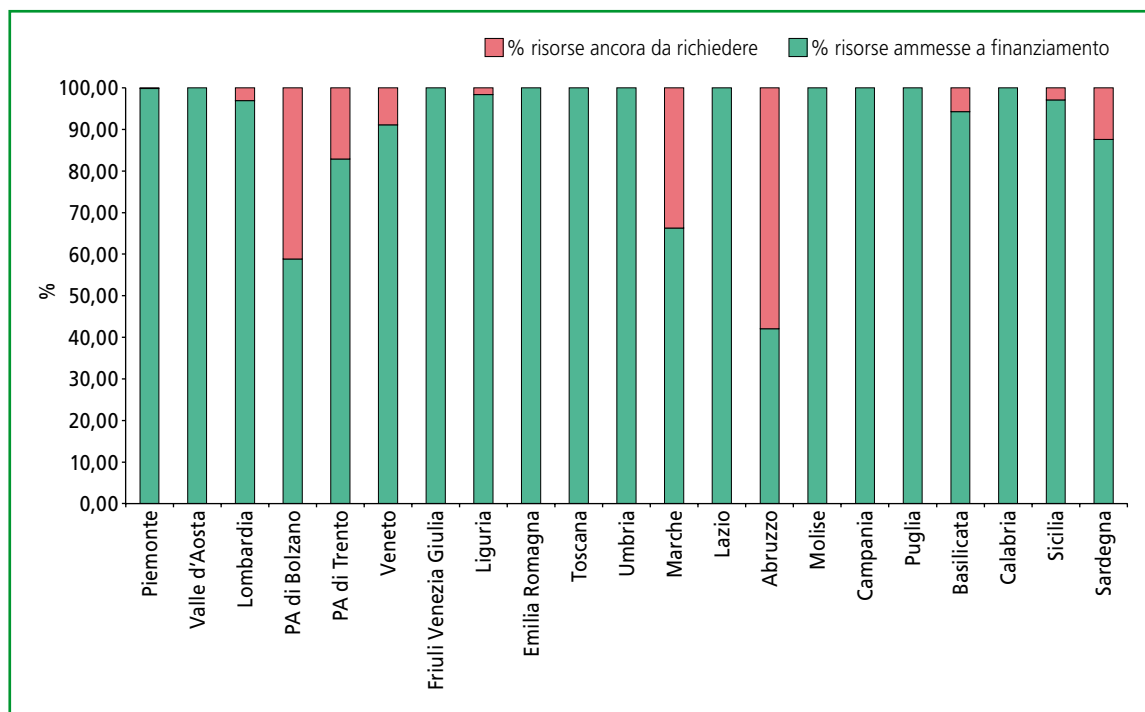
comma 3, che incrementa il programma di investimenti ex art. 20 Legge 67/1988, destinando, tra l'altro, 826,143 milioni di euro per l'esercizio dell'attività in questione.

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-

grammatica 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