



Ministero della Salute

Direzione Generale della Programmazione Sanitaria

Nucleo di Valutazione e Verifica degli Investimenti Pubblici

Programma Straordinario di Investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie

Valutazione ex post

Gli Investimenti in Sanità nell'Agenda
per lo Sviluppo del Paese

1° Report

Nucleo di Valutazione e Verifica Investimenti Pubblici in Sanità
Ministero della Salute
Viale Giorgio Ribotta, 5
00144 ROMA
nucleovalutazione.dgprog@sanita.it

Finito di stampare nel mese di marzo 2013

È vietata la riproduzione, la traduzione, anche parziale o ad uso interno
o didattica, con qualsiasi mezzo effettuata, non autorizzata.



Ministero della Salute

Direzione Generale della Programmazione Sanitaria

Nucleo di Valutazione e Verifica degli Investimenti Pubblici

Programma Straordinario di Investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie

Valutazione ex post

Gli Investimenti in Sanità nell'Agenda
per lo Sviluppo del Paese

1° Report

Roma, marzo 2013

NUCLEO DI VALUTAZIONE E VERIFICA INVESTIMENTI PUBBLICI IN SANITÀ

Decreto del Ministro della Salute 12 settembre 2012

Dott.ssa **Maria Paola Di Martino**, esperta in valutazione e monitoraggio di programmi e progetti di investimento, con funzioni di Presidente.

Dott. **Antonio Fortino**, esperto in statistica e programmazione sanitaria; Dott. **Emanuele Carabotta**, esperto in materia economico-finanziaria; Dott.ssa **Anna Bancho**, esperta in organizzazione e programmazione socio-sanitaria; Dott. **Aldo Schiassi**, esperto in gestione di sistemi complessi in sanità; Dott.ssa **Lucia Lispi**, Direttore dell'Ufficio "Sistema Nazionale di Verifica e Controllo sull'Assistenza Sanitaria (Siveas)" della Direzione Generale della Programmazione sanitaria; Dott.ssa **Adriana Chiurato**, Dirigente del settore giuridico-economico e della comunicazione, esperta in analisi e valutazione di progetti e programmi in partenariato pubblico-privato; Ing. **Pietro Calamea**, Dirigente del settore tecnico-ingegneristico, assegnato alla Direzione Generale della Programmazione sanitaria, esperto in valutazione e monitoraggio di interventi strutturali e tecnologici in sanità; Dott.ssa **Lidia Di Minco**, Direttore dell'Ufficio "Nuovo Sistema Informativo Sanitario", della Direzione Generale del Sistema informativo e statistico sanitario, esperta in analisi informatiche; Dott.ssa **Cristina Tamburini**, Direttore dell'Ufficio di Statistica della Direzione Generale del SIS, esperta in analisi statistiche; Arch. **Antonio Canini**, esperto in valutazione e monitoraggio di programmi e progetti di investimento – Regione Veneto; Ing. **Mario Romeri**, esperto in organizzazione dei sistemi e delle strutture sanitarie – Regione Toscana; Dott. **Raffaele Giordano**, esperto in programmazione e attuazione verifica investimenti – Regione Basilicata; Arch. **Angelo Aliquò**, esperto in valutazione e monitoraggio di programmi e progetti di investimento – Regione Siciliana; Arch. **Diego Dalla Muta**, esperto in valutazione e monitoraggio di programmi e progetti di investimento – Regione Lombardia; Ing. **Fabio Rombini**, esperto in valutazione e monitoraggio di programmi e progetti di investimento – Regione Emilia Romagna; Dott. **Antonio Battista**, esperto in organizzazione dei sistemi e delle strutture sanitarie – Regione Puglia.

Inoltre, ai sensi del Decreto Ministeriale del 3 marzo 2011, partecipano alle attività del Nucleo quali esperti Age.Na.S:

Arch. **Simona Ganassi Agger**, Dott. **Tommaso Antonucci**, Arch. **Raffaella Bucci**, Arch. **Amelia Mutti**, Dott. **Giovanni Maria Pirone**.

Elaborazione del Report

GRUPPO REDAZIONALE

Arch. Simona Ganassi Agger

Dott. Antonio Battista

Arch Raffaella Bucci

Ing. Pietro Calamea

Dott.ssa Adriana Chiurato

Dott.ssa Maria Paola Di Martino

Dott.ssa Lucia Lispi

Arch. Amelia Mutti

Dott. Aldo Schiassi

Dott.ssa Cristina Tamburini

SUPERVISIONE REDAZIONALE

Arch. Amelia Mutti

Ing. Pietro Calamea

Dott.ssa Maria Paola Di Martino

Dott. Aldo Schiassi

COORDINAMENTO GENERALE

Dott.ssa Maria Paola Di Martino

Dott. Aldo Schiassi

Indice

PREMESSA	9
del Prof. Renato Balduzzi, Ministro della Salute	
LA VALUTAZIONE DEGLI INVESTIMENTI IN SANITÀ	15
CAPITOLO 1	
EVOLUZIONE NORMATIVA E FINANZIARIA	19
1.1 Norme e Consistenza delle risorse finanziarie	19
1.2 Distribuzione dei Finanziamenti	23
1.3 Accordi di Programma: Procedure e sviluppo	28
1.4 Processi di Revoca	31
1.5 Partenariato Pubblico Privato e Project Financing	32
CAPITOLO 2	
LA VALUTAZIONE EX-POST	39
2.1 Contesto culturale e Indirizzi normativi	39
2.2 La valutazione ex post nel Programma Straordinario	41
2.3 Il modello metodologico	42
2.4 Ricerca e sviluppo: analisi georeferenziata dell'offerta	46
2.5 Considerazioni di sintesi	48
CAPITOLO 3	
LA VALUTAZIONE DELLE REALIZZAZIONI DI INTERVENTI	51
3.1 Patrimonio immobiliare e Finanziamenti per categorie di opere	51
3.2 Informazioni per la valutazione	55



3.3 Indicatori per i processi di realizzazione	56
3.4 Criticità	63
3.5 Considerazioni di sintesi	67
CAPITOLO 4	
LA VALUTAZIONE DI IMPATTO	69
4.1 Premesse	69
4.2 Effetti complessivi del Programma degli Investimenti sul Paese	70
4.3 Ipotesi metodologica: misurazione degli effetti sull'erogazione dei servizi	76
CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE	83
ALLEGATO - GRIGLIA LEA	87
RIFERIMENTI NORMATIVI E BIBLIOGRAFICI	89
INDICE TABELLE E FIGURE	93

Gli Investimenti in Sanità nell'Agenda per lo Sviluppo del Paese

La valutazione degli investimenti realizzati nel settore sanitario, relativi sia ai progetti edilizi sia alle dotazioni tecnologiche, assume una particolare attualità perché può contribuire a orientare razionalmente le azioni e i programmi che scaturiscono dalle riforme in materia sanitaria recentemente introdotte con il decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito con la legge 8 novembre 2012, n. 189, "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute".

Il presente Report attua quanto richiesto dal decreto legislativo 228/2011 in materia di valutazione degli investimenti relativi a opere pubbliche; con tale norma la valutazione ex post diviene giustamente la preconditione per il finanziamento di nuovi programmi e progetti, non solo in sanità.

Il Report ripercorre lo sviluppo del Programma straordinario degli investimenti, a vent'anni dal suo avvio con la legge Donat-Cattin del 1988: un programma che ha accompagnato e sostenuto l'evoluzione del Servizio sanitario nazionale grazie anche a uno speciale impegno finanziario, ad oggi pari a 24 miliardi di euro.



La valutazione ex post di quanto realizzato con tale Programma rappresenta un contributo concreto per la revisione, il contenimento e la qualificazione della spesa al fine di una maggiore efficienza, efficacia ed equità del sistema dei servizi sanitari pubblici. Un contributo rilevante e accurato, che col tempo si dovrà ulteriormente affinare e perfezionare.

Il Programma straordinario degli investimenti ha rappresentato, e continua a rappresentare, un contributo sostanziale alle politiche sanitarie del Paese perché ha affrontato il bisogno in continua evoluzione di rispondere con strutture e tecnologie sempre più appropriate, moderne e sicure alle necessità di salute della comunità e alle aspettative degli operatori e degli utenti del Servizio sanitario nazionale. L'attuazione del Programma ha consentito alle Regioni, seppure ancora con differenze significative, di raggiungere un più qualificato assetto dei propri servizi, di avviare un modello di rete dell'offerta sanitaria ospedaliera e territoriale, di costruire e qualificare i percorsi di assistenza, di dare strumenti all'evolversi delle professioni e delle abilità degli operatori. Oggi, grazie a tali investimenti, il Paese possiede nel complesso un patrimonio competitivo, che necessita di impegno e di risorse continue per garantire omogeneità assistenziali e affrontare la sfida della competizione con i Paesi dell'Unione Europea in primo luogo, ma anche in ambito internazionale. Gli ospedali, in particolare, avranno sempre più bisogno di investimenti per rispondere a requisiti di accreditamento avanzati e omogenei sul territorio nazionale, adeguati a una sanità senza frontiere (direttiva c.d. cross-border 24/11).

Il Ministero della Salute, a partire dall'anno 1999 nel quale fu avviata la programmazione negoziata, ha condotto insieme alle Regioni e Province autonome nel loro complesso e con ciascuna di esse, un dialogo costruttivo per assicurare che gli investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie rispondessero a bisogni differenziati, reali, efficacemente programmati.

Il Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti del Ministero della Salute, istituito in quel contesto particolarmente stimolante, si è impegnato con continuità, da un lato,

nel definire strumenti metodologici di programmazione oggettivi e scientifici e, dall'altro, nella collaborazione con le Regioni per la più efficace programmazione, attuazione, valutazione e verifica di Piani e Programmi. Gli strumenti metodologici elaborati hanno costituito anche un valido supporto nelle complesse operazioni dei Piani di rientro per le Regioni con maggiore disavanzo sanitario.

Con l'elaborazione del presente Report sulla valutazione ex post del Programma, il Nucleo apre una nuova strada, quella della conoscenza ex post dell'attività compiuta. Si tratta dell'avvio di un cammino difficile quanto indispensabile; alcune valutazioni sono rese complicate perché parecchi anni sono trascorsi dall'inizio dell'erogazione dei finanziamenti.

Questa linea innovativa di attività che il Nucleo andrà sempre più sviluppando, con la messa a punto di specifici strumenti, sarà innanzitutto importante per la "conoscenza valutativa", che non si limita a semplici esposizioni di dati, ma presuppone parametri di lettura e modelli di riferimento definiti con modalità collaborative. La conoscenza degli impatti ottenuti è, infatti, più che mai indispensabile per governare il sistema sanitario in un momento complesso come l'attuale, in cui a fronte di risorse finanziarie definite si incontrano le dinamiche di bisogni crescenti di salute e di prevenzione, le sempre nuove frontiere della medicina e della strumentazione collegata, la necessità di una nuova strutturazione e articolazione territoriale dei servizi sanitari, la presa in carico da parte del sistema sanitario dei problemi dell'ambiente, delle emissioni climalteranti, con l'influenza che esse esercitano sulla salute del pianeta e dell'uomo che vi abita.

La valutazione presentata in questo primo studio, effettuata su base deduttiva dalle informazioni reperite sulle performance e sugli effetti generati dal Programma straordinario, rende conto dei risultati raggiunti, anche in relazione a un riequilibrio tendenziale tra Nord e Sud dell'Italia. In tutto il Paese si registrano, in effetti, linee di tendenza omogenee, con la sostanziale riduzione del numero dei presidi ospedalieri e dei posti letto, la riduzione dei ricoveri ad alto rischio di inappropriatazza, la riduzione della mobilità



extraregione, la messa in sicurezza delle strutture, l'ammmodernamento tecnologico. Ancora molto resta da fare ma questi obiettivi raggiunti sono rilevanti.

Lo straordinario numero di cantieri aperti negli anni, insieme alle professionalità e alle maestranze coinvolte, configurano uno scenario virtuoso e attendibile, meritevole di essere sostenuto con le risorse programmate e necessarie al completamento del Programma, senza le quali non si conseguirebbe l'attesa configurazione finale e il pieno raggiungimento degli obiettivi di equa distribuzione dei servizi a tutela della salute delle comunità.

I risultati presentati in questo Report potranno suggerire riflessioni utili da condividere con le Regioni, per rivedere e adeguare priorità e modalità di sviluppo, a fronte delle effettive disponibilità finanziarie. Il principio di trasparenza porterà a una conoscenza valutativa, indispensabile base di supporto alle decisioni per le scelte politiche e per il management, ma anche per il dialogo con i cittadini, che potranno essere meglio informati e condividere scelte che talvolta appaiono di difficile comprensione, quali quelle connesse alle necessarie operazioni di riqualificazione e riconversione della rete ospedaliera.

La riorganizzazione quali-quantitativa della rete ospedaliera, l'appropriata e completa qualificazione delle reti dei servizi territoriali, nonché la diffusa e sicura rete di emergenza/urgenza, si possono realizzare in un contesto di piena trasparenza in cui la valutazione di quanto finora compiuto, le risorse impiegate e i risultati ottenuti sia obiettiva, rigorosa, capace di portare ad unità fattori complessi.

Il Report valutativo, nel mettere in luce criticità e successi del Programma, costituisce quindi un valido supporto nella prospettiva di meglio rispondere alle esigenze di coniugare regionalizzazione e tutela uniforme del diritto alla salute, nel rispetto delle autonomie, con l'accento posto sulle responsabilità che ogni ambito istituzionale deve dispiegare.

Esprimo, infine, un sincero apprezzamento per il lavoro prodotto, coerente con il clima di piena collaborazione tra questo Ministero e le Regioni che non è mai venuto meno, neppure nei momenti più difficili e delicati.

I risultati incoraggiano a guardare avanti, ad approfondire temi specifici che facciano emergere le migliori esperienze sia nel campo progettuale, sia in quello del contenimento dei costi di realizzazione, sia in positivi ed efficienti partenariati pubblico-privato nonché a perfezionare strumenti e metodi condivisi di governance dei servizi pubblici, al fine di garantire al Paese sia una razionale diffusione di strutture e tecnologie sanitarie avanzate sia risposte ai bisogni di salute sempre più qualificate e adeguate ai traguardi della moderna medicina.

IL MINISTRO DELLA SALUTE

Renato Balduzzi

La Valutazione degli Investimenti in Sanità

Questo documento illustra gli esiti della valutazione ex post dei risultati e degli impatti del Programma Straordinario degli Investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie avviato con l'art. 20 della legge finanziaria n. 67/1988. Il documento presenta altresì un insieme integrato di brevi considerazioni e proposte indirizzate ad una più appropriata promozione degli investimenti di settore nel quadro delle azioni governative per lo sviluppo del Paese.

Nell'evoluzione del Servizio Sanitario Nazionale, il Decreto legislativo 229/99¹ ha avviato un percorso condiviso di procedure per la sottoscrizione di Accordi di Programma tra Stato e Regioni. Il sistema integrato di procedure diventa premessa ineludibile per contribuire a rendere virtuosa la relazione tra risorse finanziarie, configurazione dei modelli di offerta dei servizi e bisogni di salute delle comunità. Gli Accordi di Programma inducono un'evoluzione generale dei processi di qualificazione della spesa già avviati in alcune Regioni attraverso Accordi Quadro, nell'ambito di Intese Istituzionali di Programma, che avevano evidenziato l'importanza di una visione unitaria e coerente per le scelte multisettoriali degli investimenti pubblici².

La salute diventa "condizione per il successo di politiche di sviluppo", in grado di promuovere il valore epicentrale della programmazione per una effettiva integrazione del territorio, dei suoi valori e dei fattori di coesione. Tale approccio ha consentito di

¹ Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n° 229. "Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n° 419". G.U. n° 165 del 16 luglio 1999 - Supplemento Ordinario n° 132.

² Legge 23 dicembre 1996, n° 662. "Misure di razionalizzazione della finanza pubblica". G.U. n° 303 del 28 dicembre 1996.



promuovere il riconoscimento del “sistema salute” quale sistema infrastrutturale funzionale anche alle politiche di sviluppo cofinanziate dai Fondi Strutturali Europei³.

In tale quadro, per dare maggiore qualità ed efficienza alle politiche di sviluppo del Paese e sulla base della cultura della valutazione cresciuta in ambito comunitario, il legislatore ha disciplinato la costituzione presso le Amministrazioni Centrali e Regionali dei Nuclei di valutazione e di verifica degli investimenti pubblici quali Unità Tecniche di supporto alla programmazione, al monitoraggio e alla valutazione⁴.

Il Nucleo⁵, nell’adempiere ai propri compiti istituzionali, ha ricercato strumenti e metodi per facilitare la selezione, la programmazione e la valutazione degli investimenti. Pertanto ha sistematizzato, sulla base delle buone pratiche, le procedure per la formulazione e la valutazione *ex ante* dei documenti programmatici regionali ed ha redatto una metodologia (MexA⁶) anche per facilitare la “lettura” del territorio, trarne una più accurata valutazione dei bisogni e “rendere conto” dell’uso del denaro pubblico.

Nella MexA vengono indicati procedure, tecniche di programmazione e contenuti, con particolare riferimento agli indirizzi del Sistema Nazionale di Valutazione e agli strumenti utilizzati per la valutazione degli interventi cofinanziati con i Fondi Strutturali Europei.

Il percorso metodologico avviato con la MexA, di cui si è verificata l’utilità di applicazione anche per i Piani di rientro, non può che coerentemente continuare con un impegno di valutazione *ex post* del Programma di investimenti.

³ Programma Operativo di Assistenza Tecnica - POAT Salute. Il Quadro Strategico Nazionale rappresenta il documento di programmazione con cui l’Italia persegue gli obiettivi previsti dalla politica di coesione comunitaria 2007-2013, articolato in: 4 Obiettivi Strategici - 10 Priorità. Nell’ambito del QSN, all’Obiettivo Specifico 10.1.1, è affidata la modernizzazione della P.A. attraverso il rafforzamento delle competenze di programmazione e gestione della politica regionale unitaria: “Rafforzare le competenze tecniche e di governo delle amm.ni e degli enti attuatori, per migliorare l’efficacia della programmazione e la qualità degli interventi per offrire servizi migliori alla cittadinanza”. Per la realizzazione dell’Obiettivo Specifico 10.1.1 del QSN è stato sviluppato il: «Programma Operativo Nazionale Governance e Assistenza Tecnica (PONGAT)» rivolto alle Regioni dell’Obiettivo Convergenza (Calabria, Campania, Puglia e Sicilia), Co-finanziato al 50% dal Fondo Europeo di Sviluppo Regionale (FESR). Risorse finanziarie: € 11.000.000.

⁴ Legge 17 maggio 1999, n° 144. “Misure in materia di investimenti, delega al Governo per il riordino degli incentivi all’occupazione e della normativa che disciplina l’INAIL, nonché disposizioni per il riordino degli enti previdenziali”. G.U. n° 118 del 22 maggio 1999 - Supplemento Ordinario n° 99

⁵ Decreto del Ministro della Salute 27 settembre 2000.

⁶ Il testo della MexA è consultabile all’indirizzo http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_normativa_1666_allegato.pdf

Il percorso valutativo *ex post* ha incontrato numerose difficoltà, riferibili alle disomogeneità e alle carenze nella individuazione e misurazione degli indicatori presenti nella documentazione programmatica delle Regioni. Ciò riguarda in particolare gli indicatori di impatto, mentre l'analisi degli indicatori di realizzazione, più agevole, ha comunque reso evidenti alcune problematiche. Sono state individuate, infatti, "criticità di programma", riferibili alle procedure di attuazione, "criticità di contesto", correlate ai diversi ambiti che condizionano l'andamento del processo edilizio, "criticità di sistema" dovute alle differenze nella *governance* regionale e aziendale.

Sono pertanto in corso approfondimenti per le analisi delle correlazioni tra interventi previsti nei programmi regionali e impatti sul sistema dei servizi e sull'assistenza, a partire dalla preselezione di indicatori di struttura, di popolazione e di territorio.

Lo studio e l'analisi dei risultati di questo 1° Report rendono evidenti le complessità dei percorsi di valutazione, che solo nel tempo potranno essere progressivamente sviluppati, per misurare la relazione di causalità tra investimenti e guadagni di salute, anche alla luce della continua ridefinizione dei contesti sociali.

I componenti del Nucleo hanno curato la redazione di questo documento per la cui elaborazione sono stati utilizzati i dati resi disponibili anche dall'Ufficio VII, diretto dal dott. Filippo Basso e dall'Ufficio VI, diretto dalla dott.ssa Flavia Carle, della Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, diretta dal dott. Francesco Bevere.

Evoluzione Normativa e Finanziaria

Il capitolo ripercorre, a partire dal Programma Straordinario, l'evoluzione della normativa di riferimento e delle risorse finanziarie per gli investimenti in sanità e presenta dati di sintesi che emergono dal monitoraggio degli Accordi di Programma.

1.1 Norme e Consistenza delle risorse finanziarie

L'evoluzione del Servizio Sanitario Nazionale ha comportato per il Programma straordinario degli investimenti l'adeguamento degli obiettivi strategici che permeavano l'impianto normativo iniziale, verso nuovi obiettivi di maggiore qualificazione del sistema di offerta dei servizi sanitari.

La legge finanziaria 67/88⁷ ha autorizzato l'esecuzione del Programma Straordinario di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico, nonché di realizzazione di residenze per anziani e soggetti non autosuffi-

⁷ Nello specifico l'art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, ha definito i seguenti obiettivi del Programma:

- a. riequilibrio territoriale delle strutture, al fine di garantire una idonea capacità di posti letto anche in quelle Regioni del Mezzogiorno dove le strutture non sono in grado di soddisfare le domande di ricovero;
- b. sostituzione del 20 per cento dei posti letto a più elevato degrado strutturale;
- c. ristrutturazione del 30 per cento dei posti letto che presentano carenze strutturali e funzionali suscettibili di integrale recupero con adeguate misure di riadattamento;
- d. conservazione in efficienza del restante 50 per cento dei posti letto, la cui funzionalità è ritenuta sufficiente;
- e. completamento della rete dei presidi, poliambulatoriali extra-ospedalieri ed ospedali diurni con contemporaneo intervento su quelli ubicati in sede ospedaliera secondo le specificazioni di cui alle lettere a), b), c);
- f. realizzazione di 140.000 posti in strutture residenziali, per anziani che non possono essere assistiti a domicilio e nelle strutture di cui alla lettera e) e che richiedono trattamenti continui;
- g. adeguamento alle norme di sicurezza degli impianti delle strutture sanitarie;
- h. potenziamento delle strutture preposte alla prevenzione con particolare riferimento ai laboratori di igiene e profilassi e ai presidi multizonali di prevenzione, agli istituti zooprofilattici sperimentali ed alle strutture di sanità pubblica veterinaria;
- i. conservazione all'uso pubblico dei beni dismessi.



cienti, per un importo complessivo di lire 30.000 miliardi. Gli obiettivi dell'art. 20 della citata legge sono riconducibili a tre linee programmatiche:

- Il riequilibrio territoriale delle strutture tra Nord e Sud del Paese
- La qualificazione degli ospedali e il potenziamento delle strutture territoriali
- La messa in sicurezza e l'ammodernamento tecnologico degli edifici e degli impianti

La I Fase del Programma si è conclusa nel 1996 con una assegnazione pari a € 4.854.694.851,44 e una percentuale media di autorizzazione alla spesa del 94,5%. Valori più bassi della media si sono registrati per la Regione Siciliana (63,2%) e per la Regione Lazio (86,6%).

La II Fase, avviata nel 1998, ad oggi registra una assegnazione complessiva di finanziamenti pari a €18.145.305.148,56, articolata come segue:

- € 10.639.012.121,24 di cui alla delibera CIPE n. 52/98, a completamento dell'assegnazione originaria della legge 67/88⁸, dei quali una parte pari a € 9.347.869.873,52 utilizzata per Accordi di Programma e una parte pari a € 1.291.142.247,72 per completamenti di opere della prima fase e per opere prioritarie riguardanti la sicurezza;
- € 15.493.706,97 relativi al "Programma per il potenziamento delle strutture di radioterapia" di cui alla legge 488/99⁹;
- € 826.143.140,92 relativi al "Programma per la realizzazione di strutture per l'attività libero-professionale";
- € 1.239.684.455,44 alle Regioni, Province Autonome ed Enti interessati dalla determinazione dei LEA, di cui alla delibera CIPE n. 65/2002, in attuazione dell'art.83 della legge 388/2000¹⁰;

⁸ Legge 11 marzo 1988, n° 67. Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1988). G.U. n°61 del 14-3-1988.

⁹ Legge 23 dicembre 1999, n° 488. Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2000). G.U. n° 302 del 27-12-1999 - Supplemento Ordinario n° 227.

¹⁰ Legge 23 dicembre 2000, n° 388. "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2001)". G.U. n°302 del 29 dicembre 2000 - Supplemento Ordinario n° 219.

- € 2.424.971.723,98 di cui alla delibera CIPE n. 98/2008¹¹, in attuazione della legge 296/2006;
- € 3.000.000.000,00 di cui la delibera CIPE n. 97/2008¹², in attuazione della legge 244/2007.

Inoltre è stato assegnato un finanziamento pari a € 1.000.000.000,00 ancora da ripartire¹³.

Al Programma di cui all'art. 20 della citata legge 67/1988 sono state aggiunte ulteriori linee di finanziamento tese a intervenire su rilevanti problemi specifici¹⁴.

L'evoluzione del Programma si è caratterizzata con:

- l'avvio nella II Fase delle concertazioni in sede di Conferenza Stato/Regioni, con il configurarsi della comune volontà di superare le criticità riscontrate durante la prima fase di attuazione, derivate prevalentemente dalla polverizzazione dei finanziamenti e dalla mancanza di progetti integrati. Gli obiettivi diventano: incentivare la capacità di programmazione negoziata, concentrare i finanziamenti in un numero contenuto di interventi strategici e coerenti, sostenere logiche di rete quali "ospedale-ospedale" e "ospedale-territorio";

¹¹ In attuazione della Legge 27 dicembre 2006, n° 296. "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2007)". G.U. n°299 del 27 dicembre 2006 - Supplemento ordinario n° 244.

¹² In attuazione della Legge 24 dicembre 2007, n° 244. "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2008)". G.U. n° 300 del 28 dicembre 2007 - Supplemento ordinario n° 285.

¹³ Legge 23 dicembre 2009, n° 191. "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2010)". G.U. n° 302 del 30 dicembre 2009 - Supplemento ordinario n° 243.

¹⁴ "Piano degli interventi urgenti in materia di prevenzione e lotta all'AIDS" di cui alla legge 135/90 e con specifico finanziamento assegnato pari a circa € 4.084.559.488,09.

"Piano straordinario per la realizzazione di interventi di riorganizzazione e di riqualificazione dell'assistenza sanitaria in alcuni grandi centri urbani" di cui alla legge finanziaria 448/98 con specifico finanziamento assegnato pari a: € 1.239.497.000,00. La Conferenza Unificata (agosto 1999) ha individuato i 20 grandi centri urbani in cui realizzare gli interventi: Roma, Milano, Napoli, Torino, Genova, Palermo, Bologna, Firenze, Catania, Bari, Venezia, Taranto, Reggio Calabria, Cagliari, Perugia, Ancona, L'Aquila, Campobasso, Potenza e Catanzaro. In seguito è stata istituita una Commissione (D. M. 16 giugno 2000), composta da rappresentanti del Ministero della Sanità, delle Regioni e dell'Associazione Nazionale dei Comuni Italiani (ANCI), con il compito di valutare i progetti presentati dalle Regioni. La Commissione, ha concluso l'attività istruttoria il 14 dicembre 2000 con la predisposizione di una relazione sui progetti presentati. Il D.M. 5 aprile 2001 ha formalizzato i progetti regionali beneficiari del finanziamento e ha proceduto alla ripartizione delle relative risorse finanziarie per l'intera cifra di 1.239.496.557,82 euro. Rispetto agli stanziamenti inizialmente previsti dal D.M. 5 aprile 2001, il programma ha subito, a seguito della Legge Finanziaria 2006, una decurtazione di fondi pari a 64 milioni di euro ripartita tra le Regioni Lombardia, Piemonte, Puglia, Calabria, Basilicata e Abruzzo. I finanziamenti di cui alla L. 448/98 (2001) erogati alle Regioni(2011) sono stati pari a € 722.768.263,75, percentuale media di assegnazione del 61,44%, con valori di molto al di sotto della media registrati per le città di Cagliari (13,38), Bari (28,88), Palermo (31,31), Torino (32,64), Roma (50,70), e Taranto (58,97).



Investimenti in sanità - Art. 20 Legge 67/88				
Tabella 1 - Distribuzione Finanziamenti complessivi. I Fase (1988-1997) e II Fase (1998 - 2012)				
Regioni/Enti	I Fase	II Fase	Periodo Complessivo	
	(1988 - 1997)	(1998 - 2012)	(1988 - 2012)	
Piemonte	313.826.584	1.190.181.566	1.504.008.150	6,54%
Valle D'Aosta	14.744.328	49.752.786	64.497.114	0,28%
Lombardia	578.806.158	2.336.501.898	2.915.308.056	12,68%
P.A. Bolzano	33.868.727	128.095.102	161.963.829	0,70%
P.A. Trento	36.877.605	158.083.055	194.960.660	0,85%
Veneto	288.983.974	1.192.423.141	1.481.407.115	6,44%
Friuli Venezia Giulia	96.188.032	317.951.099	414.139.130	1,80%
Liguria	158.574.476	561.420.205	719.994.681	3,13%
Emilia Romagna	299.412.789	1.182.065.458	1.481.478.247	6,44%
Toscana	266.915.255	1.103.454.308	1.370.369.562	5,96%
Umbria	63.529.363	266.375.958	329.905.321	1,43%
Marche	102.707.267	412.533.321	515.240.588	2,24%
Lazio	371.874.790	1.370.835.981	1.742.710.771	7,58%
Abruzzo	137.004.137	445.578.051	582.582.188	2,53%
Molise	48.367.738	140.293.045	188.660.782	0,82%
Campania	526.105.347	1.812.967.164	2.339.072.510	10,17%
Puglia	376.810.569	1.300.747.113	1.677.557.681	7,29%
Basilicata	68.929.953	249.206.606	318.136.559	1,38%
Calabria	198.491.946	635.732.903	834.224.849	3,63%
Sicilia	496.353.298	1.866.092.660	2.362.445.958	10,27%
Sardegna	160.082.013	567.698.173	727.780.187	3,16%
SUB TOTALE	4.638.454.348	17.287.989.592	21.926.443.940	95,33%
Riserva Enti	216.240.504	857.315.556	1.073.556.060	4,67%
ITALIA	4.854.694.851	18.145.305.149	23.000.000.000	100,00%

Fonte: Nucleo di Valutazione e Verifica degli investimenti pubblici in Sanità

- lo stanziamento dei finanziamenti aggiuntivi di cui alla già citata legge finanziaria del 2007¹⁵. Le Regioni, nella programmazione dei piani regionali di investimento, devono assumere come prioritari gli obiettivi del "Patto sulla Salute" (innalzamento della qualità del sistema, innovazione tecnologica, accreditamento, qualificazione delle reti ospedaliere, potenziamento dei servizi territoriali) e tenere conto di alcune priorità (riqualificazione strutturale e

¹⁵ Legge 27 dicembre 2006, n° 296. "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2007)". G.U. n°299 del 27 dicembre 2006 - Supplemento ordinario n° 244.

- tecnologica dei servizi di radiodiagnostica e di radioterapia, realizzazione di strutture residenziali dedicate alle cure palliative, implementazione e ammodernamento dei sistemi informatici, strutture di assistenza odontoiatrica);
- l'integrazione del finanziamento di cui alla legge finanziaria del 2008¹⁶, che specializza ulteriormente gli obiettivi da perseguire attraverso la ristrutturazione edilizia e l'ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico finalizzato al potenziamento delle unità di risveglio dal coma e la realizzazione di strutture residenziali con acquisizione di tecnologie per gli interventi in strutture territoriali dedicate alle cure palliative, ivi comprese quelle relative alle patologie degenerative neurologiche croniche invalidanti.

1.2 Distribuzione dei Finanziamenti

La dotazione totale dei finanziamenti della I Fase e quelli della II Fase negli anni 1988-2012, per il Programma di investimenti è pari a € 24 miliardi, di cui 23 mld già ripartiti. La consistenza dell'assegnazione dei finanziamenti alle Regioni ha tenuto conto delle dimensioni demografiche e di alcuni coefficienti correttivi per favorire il riequilibrio tra Nord e Sud e la migliore utilizzazione delle risorse e delle procedure (cfr. Tabella 1).

La dotazione totale dei finanziamenti della sola II Fase, negli anni 1998-2012, pari a circa € 18,145 mld, è la risultante dei finanziamenti ripartiti nel 1998 a completamento dell'assegnazione di cui alla L.67/88 e dei successivi finanziamenti integrativi in precedenza dettagliati (cfr. Tabella 2).

Le risorse destinate alle Regioni per gli Accordi di Programma sono pari a € 15,286 mld, mentre quelle finora effettivamente incluse negli Accordi sottoscritti sono pari a € 9,228 mld, dei quali il 98,7% risulta ammesso a finanziamento. Le disponibilità residue

¹⁶ Legge 24 dicembre 2007, n° 244. "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2008)": G.U. n° 300 del 28 dicembre 2007 - Supplemento ordinario n° 285



Investimenti in Sanità - Art. 20 Legge 67/88

Tabella 2 - Distribuzione Finanziamenti iniziali e Finanziamenti integrativi. II Fase (1998 - 2012)

Regioni/Enti	Finanziamenti iniziali art. 20 L. 67/1988		Finanziamenti iniziali art. 20 L. 67/1988		Finanziamenti integrativi L. 488/1998		Finanziamenti integrativi L. 388/2000		Finanziamenti integrativi L. 296/2006		Finanziamenti integrativi L. 244/2007		RISORSE II FASE (Accordi di Programma + Riserve)
	Quote Delibera CIPE 52/1998	Quote Delibera CIPE 53/1998	Quote D.M. 28.12.2001	Quote D.M. 08.06.2001	Quote D.M. 28.12.2001	Quote D.M. 08.06.2001	Quote Delibera CIPE n. 65/2002	Quote Delibera CIPE n. 98/2008	Quote Delibera CIPE n. 97/2008	Totale per Regione	Totale per Regione	Totale per Regione	
Piemonte	598.555.987	79.714.089	987.772	60.428.734	98.633.387	166.416.896	185.444.701	1.049.050.971	1.190.181.566				
Valle D'Aosta	27.328.592	4.537.316	46.407	1.418.337	4.131.655	5.608.114	6.682.366	43.750.727	49.752.786				
Lombardia	1.071.437.351	129.630.682	1.749.128	132.471.195	269.786.902	317.141.221	414.285.419	2.072.650.894	2.336.501.898				
P.A. Bolzano	60.329.396	12.870.106	106.601	0	7.359.511	21.505.513	25.923.975	115.118.394	128.095.102				
P.A. Trento	50.821.012	28.881.199	116.071	8.404.576	20.115.996	22.557.430	27.186.771	120.681.209	158.083.055				
Veneto	531.311.232	93.264.369	909.576	61.974.828	144.246.412	155.526.921	205.189.802	1.036.274.368	1.192.423.141				
Friuli V. G.	181.550.094	26.339.302	302.752	0	13.100.372	43.727.382	52.931.198	291.309.045	317.951.099				
Liguria	310.971.610	28.140.187	493.852	39.210.377	29.329.326	69.746.792	83.528.061	493.575.789	561.420.205				
Emilia R.	467.225.129	146.827.663	894.252	87.214.077	109.095.763	163.576.872	207.231.703	947.129.467	1.182.065.458				
Toscana	348.352.244	149.103.173	724.450	76.107.154	156.031.882	169.570.031	203.565.374	877.519.531	1.103.454.308				
Umbria	38.485.335	102.249.686	204.954	25.677.942	16.010.164	37.885.975	45.861.902	138.243.376	266.375.958				
Marche	181.980.044	44.352.027	329.610	42.332.939	35.398.109	46.775.807	61.364.785	325.518.745	412.533.321				
Lazio	755.755.137	39.818.827	1.158.603	102.661.209	79.124.621	176.946.889	215.370.695	1.227.197.342	1.370.835.981				
Abruzzo	218.490.164	66.597.659	415.176	18.942.090	7.850.145	60.357.373	72.925.444	359.623.126	445.578.051				
Molise	92.396.205	12.435.766	152.668	0	1.962.536	14.989.007	18.356.862	127.704.611	140.293.045				
Campania	1.110.258.900	10.329.138	1.631.924	79.253.875	43.684.968	255.121.354	312.687.004	1.721.752.227	1.812.967.164				
Puglia	773.628.161	41.161.615	1.186.587	53.948.571	23.008.974	186.749.661	221.063.543	1.204.450.339	1.300.747.113				
Basilicata	124.771.855	17.722.218	207.516	27.613.917	5.396.975	33.267.215	40.226.909	203.662.955	249.206.606				
Calabria	398.451.920	26.473.839	618.824	0	12.297.297	89.923.659	107.967.364	608.640.240	635.732.903				
Sicilia	1.167.055.973	89.829.173	1.830.415	0	23.570.003	251.531.588	332.275.509	1.774.433.073	1.866.092.660				
Sardegna	334.943.687	11.039.053	503.858	8.483.321	11.751.617	91.046.025	109.930.612	547.671.941	567.698.173				
SUB TOTALE	8.844.100.029	1.161.317.087	14.570.996	826.143.141	1.111.886.615	2.379.971.724	2.950.000.000	15.285.958.368	17.287.989.592				
Riserva Enti	503.769.845	129.825.160	922.711		127.797.840	45.000.000	50.000.000		857.315.556				
ITALIA	9.347.869.874	1.291.142.248	15.493.707	826.143.141	1.239.684.455	2.424.971.724	3.000.000.000		18.145.305.149				

Fonte: Nucleo di Valutazione e Verifica degli investimenti pubblici in Sanità

Investimenti in sanità - Art. 20 Legge 67/88

Tabella 3 - Distribuzione dei Finanziamenti per Accordi di Programma (sottoscritti e da sottoscrivere). II Fase

Regioni	Risorse finanziarie art. 20 disponibili per Accordi di Programma	Risorse finanziarie art. 20 inserite in Accordi sottoscritti (al netto delle revoche effettuate fino al 30/6/2012)	Quota % di utilizzazione	Risorse finanziarie art. 20 residue per Accordi di Programma da sottoscrivere	Risorse finanziarie art. 20 inserite in Accordi non ancora sottoscritti ma già presentati
	a	b	b/a	a-b	
Piemonte	1.049.050.971	671.405.557	64,00%	377.645.414	
Valle d'Aosta	43.750.727	31.460.247	71,91%	12.290.480	
Lombardia	2.072.650.894	1.579.773.355	76,22%	492.877.539	491.532.300
P.A. Bolzano	115.118.394	115.118.394	100,00%	0	
P.A. Trento	120.681.209	93.494.438	77,47%	27.186.771	
Veneto	1.036.274.368	831.084.566	80,20%	205.189.802	205.189.802
Friuli V.G.	291.309.045	150.955.890	51,82%	140.353.156	140.353.156
Liguria	493.575.789	304.558.236	61,70%	189.017.553	188.845.821
Emilia Romagna	947.129.467	739.896.214	78,12%	207.233.253	207.231.703
Toscana	877.519.531	673.954.157	76,80%	203.565.374	203.565.374
Umbria	138.243.376	54.495.499	39,42%	83.747.877	83.747.877
Marche	325.518.745	317.942.122	97,67%	7.576.623	
Lazio	1.227.197.342	630.413.625	51,37%	596.783.717	
Abruzzo	359.623.126	119.700.370	33,28%	239.922.756	
Molise	127.704.611	21.747.892	17,03%	105.956.719	5.652.500
Campania	1.721.752.227	499.828.735	29,03%	1.221.923.492	
Puglia	1.204.450.339	640.229.425	53,16%	564.220.915	
Basilicata	203.662.955	130.168.830	63,91%	73.494.125	
Calabria	608.640.240	347.192.976	57,04%	261.447.264	
Sicilia	1.774.433.073	971.302.748	54,74%	803.130.325	
Sardegna	547.671.941	303.792.696	55,47%	243.879.245	
ITALIA	15.285.958.367,91	9.228.515.969,86	60,37%	6.057.442.398	1.526.118.533

Fonte: Nucleo di Valutazione e Verifica degli investimenti pubblici in Sanità

ammontano a € 6,057 mld, pari al 39,6% delle risorse complessive, ancora da assegnare anche se in misura sensibilmente diversa tra le Regioni. Di questi ultimi, € 1,526 mld sono già stati richiesti da 8 Regioni, tra le più avanzate nel completamento del Programma (Lombardia, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria e Molise). In alcune realtà, quali Marche e P.A. di Bolzano, è stato utilizzato il totale dei finanziamenti, un risultato virtuoso che di fatto sarebbe stato raggiunto anche dalle citate Regioni che, pur avendo completato le pertinenti istruttorie pres-



Investimenti in sanità - Art. 20 Legge 67/88												
Tabella 4 - Distribuzione dei Finanziamenti per Accordi di Programma sottoscritti												
REGIONI	1999	2000	2001	2002	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2012
Piemonte		598.555.987							195.374.236			
Valle d'Aosta			27.328.592			4.131.655			6.151.492			
Lombardia	609.755.354				252.447.633	38.954.263		220.000.000	340.959.841	239.894.341		
PA di Boiano			60.329.396			7.359.511					47.429.487	
PA di Trento		50.821.012				21.844.107				22.557.430		
Veneto		334.333.538	135.301.378		42.836.758			245.290.901		120.526.921		35.000.000
Friuli V.G.				181.550.094								
Liguria		168.660.362		39.790.422	77.793.100					55.862.934		
Emilia R.	467.223.579				53.662.657		10.000.000	45.433.106		163.576.872		
Toscana	348.352.244				162.182.367					171.134.895		
Umbria		38.485.335				20.679.967						
Marche		181.979.889								91.907.935	108.140.592	
Lazio		755.755.137										
Abruzzo					30.280.965			23.461.492	67.503.411			
Molise						11.772.892			11.115.000			
Campania		1.110.258.900										
Puglia					238.918.740			432.710.950				
Basilicata		124.771.855									12.828.391	
Calabria					61.086.564			178.615.153			107.491.258	
Sicilia				1.104.676.801					21.236.570	31.084.195		
Sardegna			334.943.687						53.736.762			
ITALIA	1.425.331.178	3.363.622.016	557.903.053	1.326.017.317	919.208.785	104.742.395	10.000.000	1.145.511.602	696.077.312	896.545.524	275.889.728	35.000.000

Nota 1. In alcuni Accordi di Programma sono compresi anche finanziamenti statali per la libera professione
Nota 2 Nel 2010 sono stati assegnati alla Regione Calabria, a seguito di Ordinanze Commissariali, 107.491.258,35 di euro a valere sulle risorse destinate ad Accordi di Programma

Fonte: Nucleo di Valutazione e Verifica degli investimenti pubblici in Sanità

Investimenti in sanità - Art. 20 Legge 67/88			
Tabella 5 - Distribuzione % dei Finanziamenti per Accordi di Programma sottoscritti			
Regioni	Accordi n°	Finanziamenti impegnati	% sul totale
Piemonte	2	793.930.222,74	7,38%
Valle d'Aosta	3	37.611.738,57	0,35%
Lombardia	6	1.702.011.431,89	15,82%
PA di Bolzano	3	115.118.394,47	1,07%
PA di Trento	3	95.222.549,08	0,89%
Veneto	6	913.289.496,79	8,49%
Friuli V. G.	1	181.550.093,74	1,69%
Liguria	4	342.106.818,60	3,18%
Emilia Romagna	5	739.896.214,16	6,88%
Toscana	3	681.669.506,53	6,34%
Umbria	2	59.165.302,49	0,55%
Marche	3	382.028.416,65	3,55%
Lazio	1	755.755.137,46	7,03%
Abruzzo	3	121.245.868,06	1,13%
Molise	2	22.887.891,75	0,21%
Campania	1	1.110.258.899,84	10,32%
Puglia	2	671.629.690,08	6,24%
Basilicata	2	137.600.245,98	1,28%
Calabria	2	347.192.975,79	3,23%
Sicilia	3	1.156.997.565,57	10,76%
Sardegna	2	388.680.449,44	3,61%
ITALIA	59	10.755.848.909,68	100,00%

Nota 1. In alcuni Accordi di Programma sono compresi anche finanziamenti statali per la libera professione

Nota 2. Nel 2010 sono stati assegnati alla Regione Calabria, a seguito di Ordinanze Commissariali, 107.491.258,35 di euro a valere sulle risorse destinate ad Accordi di Programma

Fonte: Nucleo di Valutazione e Verifica degli investimenti pubblici in Sanità

so il Ministero della Salute, non hanno potuto sottoscrivere Accordi esclusivamente per carenza di risorse. Molte delle Regioni centro-meridionali (Lazio, Abruzzo, Molise, Puglia, Calabria, Campania, Sicilia e Sardegna) non solo hanno sottoscritto Accordi di Programma in misura percentuale significativamente inferiore alle quote assegnate ma risultano anche in ritardo nel completamento delle procedure istruenti che consentirebbero l'accesso alle consistenti disponibilità finanziarie residue. Esemplicativi



sono i casi delle Regioni Campania e Lazio che, negli anni 1999-2012, hanno ciascuna sottoscritto un solo Accordo di programma e potrebbero pertanto ancora utilizzare circa il 70% delle risorse disponibili, pari per la Campania a circa € 1.222.000.000 e per il Lazio a circa € 597.000.000 (cfr. Tabella 3).

La lettura integrata dei finanziamenti assegnati nei 59 Accordi di Programma - sottoscritti dalle Regioni negli anni dal 1999 al 2012 - evidenzia situazioni antitetiche. La capacità programmatoria di alcune Regioni (Lombardia, Emilia Romagna, Toscana), che fin dal 1999 hanno sottoscritto Accordi strategici capaci di garantire l'impegno di circa il 30% delle risorse finanziarie della II Fase, è evidenziata dal non aver sostanzialmente subito revoche nel tempo. Si rende ancor più palese l'inadeguata capacità di pianificazione di altre Regioni (Abruzzo, Molise, Puglia, Calabria) che hanno sottoscritto i primi Accordi solo cinque anni dopo l'avvio della fase caratterizzata dalla programmazione negoziata (cfr. Tabelle 4, 5).

1.3 Accordi di Programma: Procedure e sviluppo

Nell'evoluzione delle procedure per gli investimenti la programmazione negoziata disciplina un percorso condiviso, che si concretizza nella sottoscrizione di Accordi di Programma tra Stato e Regioni, così da assicurare una relazione pertinente tra le risorse finanziarie, i modelli di offerta dei servizi e i bisogni di salute delle comunità.

Gli Accordi di Programma imprimono quindi un'evoluzione ai processi di qualificazione della spesa, già avviati in alcune realtà regionali, attraverso Accordi Quadro nell'ambito di Intese istituzionali di programma che, come detto in precedenza, costituivano una cornice sistemica per la programmazione multisettoriale degli investimenti pubblici del Paese.

Nella II Fase del Programma sono state modificate le procedure di definizione dei programmi regionali per gli investimenti in sanità e sono state semplificate le modalità di presentazione delle richieste per la fruizione dei finanziamenti, anche recuperan-

do procedure precedentemente utilizzate da parte del CIPE¹⁷. Successivamente è stato puntualizzato il quadro procedurale e informativo con l'adozione formale della Metodologia di Valutazione *ex Ante* (MexA) e dell'Osservatorio degli Investimenti Pubblici in sanità. La MexA diviene così lo strumento metodologico di routine per l'elaborazione e la valutazione *ex ante* dei documenti programmatici regionali, mentre l'Osservatorio degli Investimenti Pubblici in sanità costituisce lo specifico sistema informativo per la raccolta e la elaborazione dei dati obbligatoriamente ad esso conferiti¹⁸.

Gli Accordi di Programma devono definire le strategie di programmazione per la realizzazione di interventi coerenti con gli obiettivi da raggiungere e con la sostenibilità economica e finanziaria individuata. Strategie, obiettivi, interventi e fonti di finanziamento devono essere sistematizzati nel Documento programmatico regionale. Per i singoli interventi si richiedono apposite Schede tecniche, nelle quali sono indicati i dati necessari per la loro classificazione e per la conoscenza previsionale dei tempi e dei costi per l'attuazione. Le schede tecniche devono essere compilate e trasmesse dalle Regioni all'Osservatorio.

L'iter delle procedure è quindi il seguente: le Regioni trasmettono al Ministero della Salute la documentazione relativa all'Accordo di programma da stipulare, che si compone di un Protocollo d'intesa, di un Documento Programmatico, dell'Articolato contrattuale, delle Schede tecniche relative ai singoli interventi. I documenti che compongono l'Accordo vengono trasmessi dalla Regione alla Direzione Generale della Programmazione del Ministero della Salute che, espletate le procedure di competenza, li sottopone alla valutazione del Nucleo di Valutazione e Verifica degli investimenti pubblici. Acquisito il parere del Nucleo, la documentazione viene condivisa con il Ministero dell'Economia e delle Finanze e, di concerto, trasmessa alla Conferenza Stato Regioni per la formalizzazione dell'Intesa.

Ai fini della valutazione *ex post* è utile distinguere tra quanto è avvenuto prima dell'emanazione della legge finanziaria del 2006, che ha introdotto meccanismi san-

¹⁷ Accordo Stato Regioni del 19 dicembre 2002.

¹⁸ Accordo Stato Regioni dell'8 febbraio 2008.



zionatori per la revoca dei finanziamenti non utilizzati, e quanto è avvenuto dopo. La storia degli Accordi di Programma induce a prendere in esame anche una ulteriore distinzione tra gli Accordi stipulati prima del 2006. Dopo la fase di avvio, tra il 1999 ed il 2002, in cui le risorse sono state impegnate in maniera significativa, si sono infatti registrati 2 periodi di prolungata interruzione nella stipula di Accordi (24 mesi tra maggio 2002 e maggio 2004 e 15 mesi tra gennaio 2006 e aprile 2007). È quindi possibile una distinzione degli Accordi di Programma nei tre seguenti gruppi:

a. Accordi iniziali (marzo 1999 - maggio 2002)

Questi Accordi sono stati sottoscritti da 17 Regioni e Province Autonome, a valere sull'assegnazione finanziaria principale¹⁹. Si tratta di Accordi stipulati in presenza di disponibilità consistenti, rispetto alle quali le parti si sono indirizzate verso l'impegno di bilancio formale piuttosto che verso l'effettiva possibilità di utilizzazione delle risorse.

b. Primi Accordi delle Regioni ritardatarie e primi Accordi integrativi (maggio 2004 - gennaio 2006)

Questi Accordi sono stati sottoscritti da 4 Regioni che al 2004 non avevano ancora utilizzato le risorse precedentemente assegnate dalla citata delibera CIPE 52/98, nonché da 9 delle 17 Regioni e Province Autonome che già avevano stipulato un Accordo e che sono state in grado di utilizzare anche le risorse residue della citata delibera e le ulteriori risorse assegnate²⁰. Si tratta di Accordi di più facile gestione, stipulati su disponibilità inferiori a quelle del primo periodo e che hanno riguardato un minor numero di interventi.

c. Accordi integrativi sottoscritti dopo le modifiche della Finanziaria 2006 (aprile 2007 - giugno 2010)

Questi Accordi sono stati sottoscritti da 17 Regioni ed hanno consentito l'utilizzazione delle risorse assegnate nel 2002 e nel 2007. Essi sono stati positivamente influen-

¹⁹ Delibera CIPE n° 52 del 6 maggio 1998 in attuazione della legge n° 67/88.

²⁰ Delibera CIPE n° 65 del 2 agosto 2002 in attuazione della legge finanziaria 23 dicembre 2000, n° 388.

zati dall'introduzione dei meccanismi sanzionatori di revoca e dalla MexA, che hanno indotto un'accelerazione dei processi di realizzazione.

1.4 Processi di Revoca

La legge finanziaria 2006²¹ ha disposto che gli Accordi di Programma sottoscritti dalle Regioni e dalle Province Autonome di Trento e Bolzano, decorsi 18 mesi dalla data della firma, si intendano risolti limitatamente agli interventi per i quali la richiesta di finanziamento non risulti presentata al Ministero della Salute entro tale termine, con conseguente revoca dei corrispondenti impegni di spesa.

La norma ha disposto che i provvedimenti di revoca siano emanati anche per i casi in cui la domanda di finanziamento risulti presentata ma valutata "non ammissibile al finanziamento" entro 24 mesi dalla sottoscrizione degli Accordi medesimi.

Inoltre è prevista la revoca di interventi già ammessi a finanziamento, nei casi in cui entro 9 mesi dalla comunicazione del provvedimento di ammissione a finanziamento, gli Enti attuatori non abbiano proceduto all'aggiudicazione dei lavori, salvo proroga autorizzata dal Ministero della Salute.

La stessa normativa ha disposto, altresì, che le risorse rese disponibili dall'applicazione dei provvedimenti di revoca, effettuati con decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, a seguito di periodiche ricognizioni, siano utilizzate per nuovi Accordi o per le altre linee di finanziamento previste dal Programma di investimenti.

Limitatamente alla prima fase di attuazione, la legge finanziaria 2006 ha previsto che la risoluzione degli Accordi già sottoscritti riguardasse solo una parte delle risorse interessate, corrispondente al 65% dei finanziamenti revocabili. Per l'utilizzo della par-

²¹ Legge 23 dicembre 2005, n° 266. "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2006)". G.U. n° 302 del 29 dicembre 2005 - Supplemento ordinario n° 211.



te relativa agli impegni di spesa non revocati, le Regioni dovevano presentare apposita richiesta nonché l'elenco degli interventi per i quali era mantenuto il finanziamento.

Con il decreto interministeriale del 12 maggio 2006²² sono stati quindi evidenziati, per ciascuna Regione interessata, insieme agli importi soggetti a revoca, quelli immediatamente recuperabili in quanto corrispondenti agli impegni finanziari revocati ma riassegnabili, per complessivi € 461.874.820,26 che corrispondono al 35% dei finanziamenti revocabili.

Sono risultate soggette al primo provvedimento di revoca, in misura più o meno rilevante, le Regioni Piemonte, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Marche, Lazio, Campania, Puglia, Basilicata, Sicilia e Sardegna. Ad eccezione di quest'ultima, le Regioni citate, per utilizzare i finanziamenti riassegnabili, hanno presentato le proprie proposte, a seguito delle quali sono stati emanati i relativi provvedimenti di riassegnazione, tra ottobre 2006 e febbraio 2007.

Per effetto del citato decreto 12 maggio 2006 e degli analoghi provvedimenti di revoca emanati negli anni successivi, le risorse rese complessivamente disponibili ad oggi ammontano a € 1.367.795.982,84. Il valore complessivo delle revoche costituisce il 12,9% degli importi della II Fase per i quali sono stati assunti impegni di spesa. Si ritiene di dover sottolineare che per otto Regioni l'incidenza delle revoche supera il suddetto valore medio nazionale. La Regione Campania conferma un primato negativo, presentando finanziamenti revocati per circa € 610 mln, pari al 55% dei finanziamenti impegnati (cfr. Tabella 6).

1.5 Partenariato Pubblico Privato e Project Financing

Verso la fine degli anni '90 anche nel nostro Paese ha avuto inizio la collaborazione tra istituzioni pubbliche e privati nella progettazione e realizzazione di opere infrastrutturali. Nello stesso periodo anche il settore della sanità pubblica si è aperto

²² Decreto Ministero della Salute 12 maggio 2006. Requisiti minimi per l'istituzione, l'organizzazione e il funzionamento dei Comitati etici per le sperimentazioni cliniche dei medicinali. G.U. n° 194 del 22 Agosto 2006.

Investimenti in sanità - Art. 20 Legge 67/88				
Tabella 6 - Distribuzione delle Revoche dei Finanziamenti negli Accordi sottoscritti				
Regioni	Risorse finanziarie art. 20 inserite in Accordi sottoscritti (al lordo delle revoche effettuate fino al 30/6/2012)	Finanziamenti revocati	Risorse finanziarie art. 20 inserite in Accordi sottoscritti (al netto delle revoche effettuate fino al 30/6/2012)	Revoche Incidenza %
Piemonte	785.236.962,01	113.831.404,98	671.405.557,03	14,5%
Valle d'Aosta	37.611.738,57	6.151.492,00	31.460.246,57	16,4%
Lombardia	1.581.118.592,89	1.345.238,00	1.579.773.354,89	0,1%
PA di Bolzano	115.118.394,47	0,00	115.118.394,47	0,0%
PA di Trento	93.494.437,81	0,00	93.494.437,81	0,0%
Veneto	913.289.496,80	82.204.931,03	831.084.565,77	9,0%
Friuli V. G.	181.550.093,74	30.594.203,91	150.955.889,83	16,9%
Liguria	341.352.672,77	36.794.437,26	304.558.235,51	10,8%
Emilia Romagna	739.896.214,16	0,00	739.896.214,16	0,0%
Toscana	675.519.021,30	1.564.864,40	673.954.156,90	0,2%
Umbria	54.495.499,21	0,00	54.495.499,21	0,0%
Marche	382.010.341,63	64.068.219,80	317.942.121,83	16,8%
Lazio	755.755.137,46	125.341.512,80	630.413.624,66	16,6%
Abruzzo	121.245.868,06	1.545.498,00	119.700.370,06	1,3%
Molise	22.887.891,75	1.140.000,00	21.747.891,75	5,0%
Campania	1.110.258.899,84	610.430.164,98	499.828.734,86	55,0%
Puglia	655.142.049,91	14.912.625,00	640.229.424,91	2,3%
Basilicata	137.599.600,40	7.430.770,24	130.168.830,16	5,4%
Calabria	347.192.975,79	0,00	347.192.975,79	0,0%
Sicilia	1.156.997.565,57	185.694.817,75	971.302.747,82	16,1%
Sardegna	388.538.498,56	84.745.802,69	303.792.695,87	21,8%
ITALIA	10.596.311.952,70	1.367.795.982,84	9.228.515.969,86	12,9%

Fonte: Nucleo di Valutazione e Verifica degli investimenti pubblici in Sanità

al partenariato con i privati, pur riservando alla gestione pubblica il “core business” dell’ospedale, a differenza di altri Paesi. Il ricorso al Partenariato è stato ritenuto un’opportunità anche per far fronte alla crescente domanda di servizi di qualità, sia con il rinnovo del patrimonio edilizio e tecnologico sia con l’introduzione su vasta scala delle tecnologie biomedicali più avanzate. In particolare, a fronte della progressiva difficoltà a provvedere con i finanziamenti pubblici alle crescenti esigenze di investimenti,



diverse forme di Partenariato Pubblico Privato sono quindi state introdotte in alcuni Accordi di Programma.

Non si è trattato tuttavia unicamente di operazioni d'acquisizione di mezzi finanziari. Nell'ambito delle realizzazioni di nuove strutture, la collaborazione è stata ritenuta importante per alcuni obiettivi apparentemente irraggiungibili dalla *governance* pubblica, quali la riduzione dei tempi di realizzazione delle opere, l'acquisizione di tecnologie costruttive innovative, di strumenti manutentivi e di modelli gestionali più efficienti. Tutto ciò per garantire, con minori costi e con tempi certi, l'operatività, la qualità dei servizi e degli ambienti di cura e il benessere del paziente.

Gli interventi in Partenariato sono stati in Italia 73, di cui 43 nelle Regioni settentrionali, 11 nelle Regioni centrali e 19 nelle Regioni meridionali²³.

In alcune Regioni gli Accordi di Programma sottoscritti hanno registrato la presenza di soggetti privati con relazioni contrattuali differenti e con andamenti non uniformi per aree geografiche.

Le risorse private coinvolte negli Accordi sottoscritti nel periodo 1999-2005 sono più consistenti rispetto a quelle impegnate negli Accordi sottoscritti dal 2006 al 2012 e nei diversi contesti del Paese (Nord, Centro e Sud) si registra una differente distribuzione dei volumi di capitale privato impegnato (cfr. Figure 1,2).

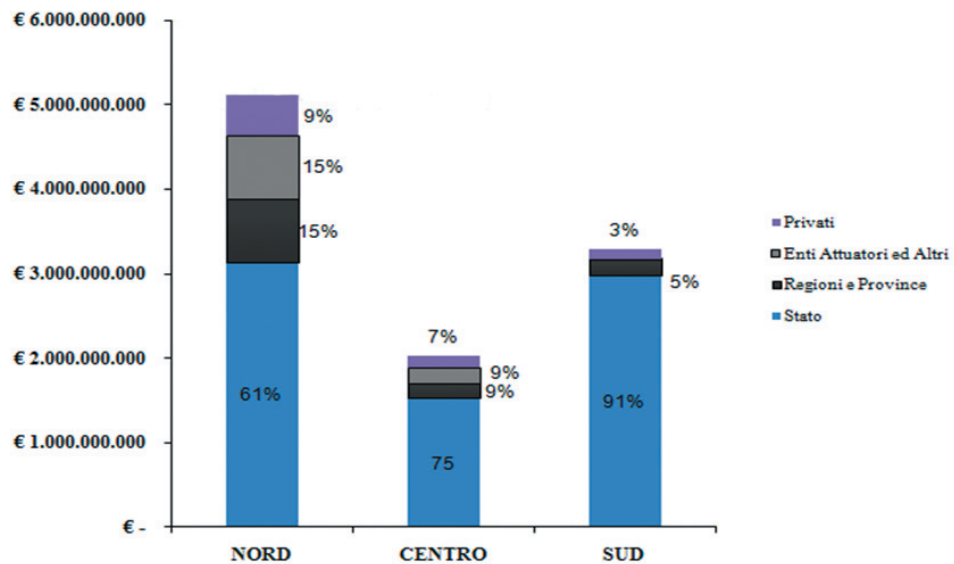
Le Regioni che hanno fatto maggiore ricorso al Partenariato in sanità sono la Lombardia, che ha previsto nei diversi Accordi di Programma cofinanziamenti per complessivi € 354.847.756,43, la Regione Veneto, con cofinanziamenti privati pari a € 133.086.548,94 e la Regione Toscana con € 132.292.829,00.

L'apporto finanziario privato è stato dapprima concentrato sulla realizzazione di grandi ospedali (Ospedale di Mestre, quattro Ospedali della Toscana, Sant'Anna di Como per citare alcuni esempi) mentre, in tempi più recenti, le varie forme di Partenariato hanno coinvolto i privati anche nella realizzazione di opere di minore entità.

²³ IX rapporto Osservatorio Finlombarda sul "Project Financing in Sanità".

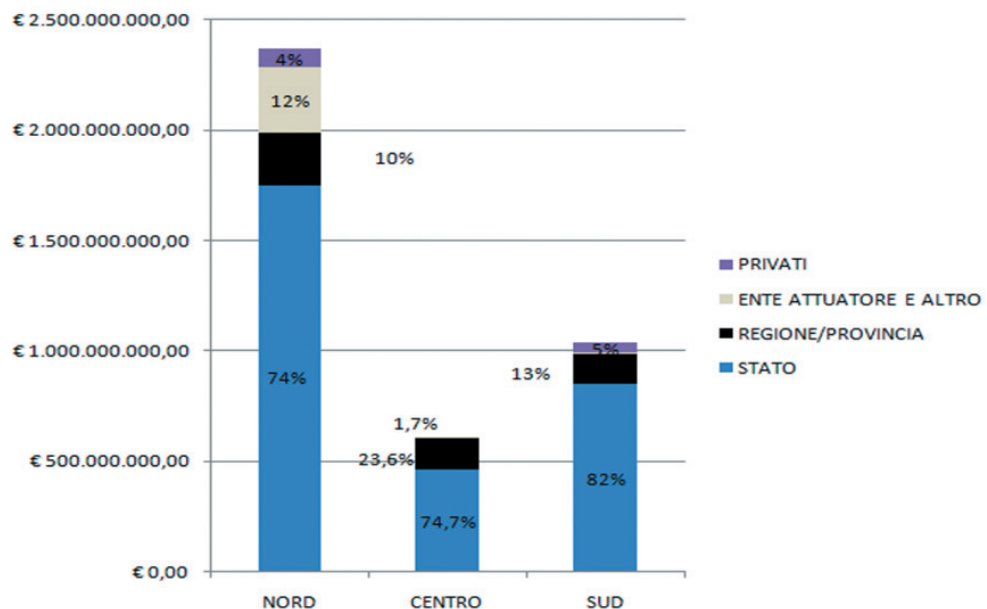


Figura 1 - Composizione dei Finanziamenti Pubblici e Privati. Accordi di Programma 1999 -2005



Fonte: Ministero della Salute – DG Programmazione Sanitaria, Ufficio VII

Figura 2 - Composizione dei Finanziamenti Pubblici e Privati. Accordi di Programma 2006 2012



Fonte: Ministero della Salute – Osservatorio degli Investimenti



Un ulteriore elemento da evidenziare è la differente rilevanza che ha assunto l'apporto di risorse private nelle realizzazioni di maggior entità. I dati a disposizione riportano come si vada da un 10% di apporto di capitale privato per l'Ospedale di Alba-Brà (Piemonte) al 50% dell'Ospedale di Mestre (Veneto). Nel recente programma per la realizzazione dei tre nuovi ospedali della Regione Calabria - Sibaritide, Vibo Valentia e Gioia Tauro - il cofinanziamento privato risulta rispettivamente del 30,9%, 33,2% e 34,8%.

È da sottolineare che si sono registrati casi di *Project Financing* non giunti alla fase di realizzazione. Le ragioni di questa "mortalità" saranno oggetto di un approfondimento di merito che comprenderà una analisi dei relativi costi sostenuti da parte sia pubblica che privata. È stata inoltre programmata una valutazione *ex post* comparata tra strutture realizzate con e senza l'apporto di capitali privati.

Un'ulteriore prospettiva innovativa di partenariato pubblico privato riguarda la produzione di energia nella quale il privato, nelle esperienze avviate, si configura come Energy Service Company (ESCO). L'operatore privato non solo rientra nei costi di investimento ma trae il proprio profitto in ragione dei risparmi energetici ottenuti nelle strutture sanitarie in termini di fabbisogni di energia elettrica, calore ed eventualmente rinfrescamento. Il contratto con la ESCO prevede generalmente che tale società investa nella modernizzazione degli impianti, sostituendo macchinari obsoleti e scarsamente efficienti, con tecnologie in grado di ottimizzare l'efficienza energetica, nell'interesse reciproco. Gli Accordi di questo tipo non prevedono schemi contrattuali rigidi ma possono ad esempio includere o escludere la fornitura del combustibile o l'installazione di impianti per l'uso di fonti rinnovabili. In generale, essi consentono una maggiore possibilità di monitoraggio, di controllo gestionale e beneficio ambientale. Infatti, riducendo l'emissione di gas climalteranti, si ottengono risultati vantaggiosi per l'Azienda sanitaria e per la salute della comunità.

Significativa appare la recente esperienza dell'Azienda Universitaria Ospedaliera di Bologna che ha sottoscritto un contratto per i servizi energetici, la gestione delle centrali tecnologiche e degli impianti e manutenzione impiantistica ed edile per un perio-

do di 24 anni e 6 mesi, con una spesa complessiva di € 37,4 mln e con un investimento pubblico di € 4.0 mln.

A margine delle riflessioni sul partenariato pubblico privato e sulle sue ragioni di attrattività si considera necessario richiamare le recenti norme sulla revisione della spesa e i nuovi principi contabili, che comportano impatti rilevanti circa la scelta degli strumenti per la realizzazione degli investimenti. In particolare, le norme statali e le eventuali regolazioni regionali collegate e/o complementari comprimono i livelli di alcune voci di costo dei bilanci aziendali determinando una possibile limitazione di applicabilità nella scelta degli strumenti finanziari che pongono a carico del conto economico delle Aziende quota parte del costo degli investimenti come la finanzia di progetto, la concessione di costruzione e gestione, il *leasing*.

La Valutazione ex-post

Il capitolo presenta in sintesi il contesto culturale e gli indirizzi che precludono all'approccio metodologico della valutazione ex post, evidenziandone la correlazione con la valutazione ex ante, in riferimento all'individuazione di obiettivi e di indicatori richiesti alle Regioni in fase di presentazione degli Accordi di Programma.

2.1 Contesto culturale e indirizzi normativi

“La valutazione *ex post* mira a rendere conto, sulla base di risultati di valutazione già disponibili, dell'impiego delle risorse, dell'efficacia e dell'efficienza degli interventi e del loro impatto e a consentire di ricavarne insegnamenti per la politica di coesione economica e sociale. Essa verte sui fattori di successo o insuccesso registrati nel corso dell'attuazione, nonché sulle realizzazioni e sui risultati, compresa la loro prevedibile durata”²⁴.

Il metodo di valutazione *ex post* adottato in questo documento, nei suoi contenuti generali, risulta in linea con le tendenze in atto in materia di valutazione con particolare riferimento alle indicazioni della Commissione Europea nell'ambito delle Politiche di coesione e dell'Unità di Valutazione degli Investimenti Pubblici (UVAL)²⁵.

Le indicazioni della Commissione Europea sono precise: “La valutazione degli impatti degli interventi pubblici è, in misura crescente, posta al centro del confronto europeo sulla politica di coesione e italiano sulla politica regionale di sviluppo. Mentre

²⁴ Definizione estratta dal Regolamento generale dei Fondi strutturali europei n° 1260 del 1999, art. 43.

²⁵ L'UVAL opera nel Dipartimento per lo Sviluppo e la Coesione Economica del Ministero dello Sviluppo Economico.



in passato gli sforzi si sono prevalentemente concentrati su aspetti di processo, più di recente è emersa la necessità, per migliorare l'efficacia anche di nuovi interventi, di valutare *ex post* quali effetti, positivi e negativi, previsti o inattesi, gli sforzi di *policy* abbiano prodotto²⁶.

È altresì utile fare riferimento alle recenti "Concepts and Ideas", proposte a livello europeo²⁷ che forniscono un contributo rilevante alla rimodulazione dei contenuti e della comunicazione delle metodologie di valutazione. Al "risultato" viene attribuito il significato di "specifica dimensione" del benessere della popolazione che ha determinato l'intervento quale nel nostro caso può identificarsi con la variazione del livello di assistenza o di altro parametro correlato all'offerta dei servizi. L'"impatto" viene identificato come l'effetto del Programma sul risultato, ovvero la quota parte del risultato attribuibile direttamente all'intervento.

Parimenti da considerare appaiono gli interventi dell'UVAL, che sottolinea come non esista un metodo unico per valutare gli effetti di un Programma o di un singolo intervento, ma che "approcci, metodi e tecniche di valutazione vanno scelti in relazione al problema posto dalle domande di valutazione e dall'oggetto di valutazione"²⁸.

La stessa UVAL²⁹ propone, quale approccio più appropriato per una valutazione *ex post*, l'approccio "realista" in quanto esso è finalizzato ad "analizzare situazioni complicate e complesse, diverse a causa dei differenti contesti e meccanismi che vengono innescati" e si basa sulla relazione di tre dimensioni: Contesto – Meccanismo – Esito (CME). L'approccio si propone di valutare un Esito a partire dalle caratteristiche del Contesto e prendendo in considerazione l'insieme dei fattori e delle cause che lo hanno determinato. L'approccio realista "mira a fornire una spiegazione di quanto accade in concomitanza con un intervento pubblico".

²⁶ UVAL in "Approcci alla valutazione degli effetti delle politiche di sviluppo regionale" n°22, anno 2011

²⁷ European Regional Development Fund and Cohesion Fund, *Concepts and Ideas – Monitoring and Evaluation in the practice of European Cohesion Policy 2014*, Paper for discussion, April 2011.

²⁸ Come sopra.

²⁹ Tra i vari approcci si ricorda: l'approccio Controfattuale (differenza tra quanto è stato conseguito con l'intervento e quanto sarebbe accaduto senza intervento nella situazione ipotetica) adatto a valutare interventi semplici; l'approccio Goal-free libero da Obiettivi; l'approccio Costruttivista/del processo sociale finalizzato ad esplicitare eventuali conflitti tra gruppi di partecipanti per arrivare ad una conoscenza più accurata e condivisa.

In tal senso il mero confronto tra indicatori non sarebbe sufficiente a valutare l'effettivo impatto dell'intervento di programmazione.

Il Governo italiano ha rilanciato la valutazione *ex post* degli investimenti relativi alle opere pubbliche, rendendo cogente il principio dell'obbligatorietà dell'attività di valutazione da parte dei Ministeri, declinandone campi di azione, finalità e procedure³⁰.

2.2 La valutazione *ex post* nel Programma Straordinario

La valutazione *ex post* del Programma Straordinario, anche se tiene conto degli indirizzi europei, intende misurare gli effetti di medio e lungo termine generati dagli interventi realizzati, come essi abbiano contribuito alla configurazione del sistema di offerta dei servizi sanitari e in che modo abbiano influenzato i livelli di assistenza assicurati alle comunità. La valutazione *ex post* contribuisce a consolidare il valore della relazione che deve esistere tra programmazione degli investimenti pubblici e politiche di riqualificazione dell'offerta assistenziale, così da assicurare maggiore efficienza ed efficacia agli investimenti, peraltro in un contesto globale sempre più orientato alla qualificazione ed al contenimento della spesa pubblica.

Il Programma degli investimenti si muove lentamente in uno scenario in continua evoluzione. Le stesse strategie di intervento, seppur differenziate da Regione a Regione, hanno seguito, in questo processo evolutivo, continui mutamenti. Dai primi programmi di intervento molto polverizzati e spesso privi di una logica di programmazione complessiva si è passati ad una serie di consistenti interventi puntuali riguardanti soprattutto grandi ospedali per poi rivolgersi, in modo più mirato, al territorio³¹ e alla riorganizzazione delle reti con interventi di dismissione e di riconversione di strutture sanitarie anche in relazione alla progressiva riduzione normativa degli standard di posti letto.

³⁰ Decreto Legislativo 29 dicembre 2011, n° 228. Attuazione dell'articolo 30, comma 9, lettere a), b), c) e d) della legge 31 dicembre 2009, n° 196, in materia di valutazione degli investimenti relativi ad opere pubbliche. (12G0015). G.U. n°30 del 6-2-2012.

³¹ Obiettivo questo che ha comportato la creazione di modelli organizzativi differenziati nei vari ambiti regionali



Per un Programma così dinamico ed in continua evoluzione, la valutazione *ex post* potrebbe risultare non esaustiva e forse sembrerebbe più opportuno riferirsi ad una valutazione *in itinere*³². Se si tiene conto tuttavia del periodo pluridecennale di riferimento dei finanziamenti erogati, delle migliaia di cantieri aperti, di interventi realizzati in tutte le Regioni e del mutamento dell'intera offerta dei servizi, si è ritenuta appropriata una misura dell'"impatto" prodotta dal Programma nel Paese. In questa direzione si è proceduto ad una valutazione *ex post* dei risultati conseguiti, con il supporto di una lettura delle informazioni prodotte dal Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), dall'Osservatorio degli Investimenti e da altri sistemi e strumenti di valutazione quali, ad esempio, il Programma Nazionale sugli Esiti e il Monitoraggio dei LEA.

2.3 Il modello metodologico

In questo contesto di rigorosa attenzione all'uso appropriato delle risorse pubbliche per il conseguimento di opere e di interventi di qualità, il Nucleo di Valutazione degli Investimenti ha supportato le Regioni nella fase di programmazione, attraverso l'adozione iniziale di procedure di valutazione *ex ante* degli interventi proposti. Le procedure sono state successivamente consolidate e sistematizzate nella citata Metodologia *ex Ante* (MexA), adottata nell'Accordo del 28 febbraio 2008 tra Governo, Regioni e P.A. di Trento e Bolzano.

Il Nucleo ha ritenuto di configurare la valutazione *ex post* sulla base dei dati presenti nella documentazione che compone la MexA, redatta dalle Regioni contestualmente alla presentazione delle proposte dei corrispondenti Accordi di Programma. Infatti, nell'ambito complessivo del processo valutativo, una valutazione *ex post* non può non ricollegarsi ad altri momenti significativi del processo stesso quali la valutazione *ex ante*, i monitoraggi, la valutazione *in itinere*.

³²La valutazione intermedia prende in considerazione, tenendo conto della valutazione *ex ante*, i primi risultati degli interventi, la loro pertinenza e il grado di conseguimento degli obiettivi. Valuta altresì l'impiego dei fondi nonché lo svolgimento della sorveglianza e della realizzazione." Estratto dal Regolamento generale dei fondi strutturali CE n. 1260 del 1999, art. 42.



Inoltre per una compiuta definizione di valutazione *ex post* si è ritenuto di stabilire, quale arco temporale di riferimento, il periodo dall'avvio della II Fase del Programma (1998) ad oggi, all'interno del quale si ritiene sia possibile effettuare le seguenti valutazioni:

- la valutazione attinente la realizzazione degli interventi, attraverso la misura di alcuni indicatori di processo (cfr. Capitolo 3)
- la valutazione d'impatto, attraverso l'individuazione di alcuni macro indicatori (cfr. Capitolo 4).

Tutto ciò premesso, di seguito vengono riprese parti significative del processo metodologico della MexA quali la "Catena degli obiettivi", la "Logica di intervento" e il "Sistema di indicatori" che costituiscono la base di partenza per impostare la valutazione *ex post* del Programma. Inoltre viene sottolineato il ruolo svolto dagli indicatori di Programma quali strumenti di misura del percorso valutativo.

La MexA, in quanto metadocumento di programmazione, contiene principi e criteri di carattere generale mentre, nel rispetto dell'autonomia delle Regioni, lascia alle stesse la sistematizzazione del rilevamento dei bisogni, delle analisi di contesto, la logica e la coerenza di programmazione, la definizione degli obiettivi e l'individuazione degli indicatori per la valutazione *in itinere* ed *ex post*.

Per le Regioni soggette al Piano di rientro che hanno sottoscritto un Accordo, ai sensi del comma 180 dell'art. 2 della Legge 311/2004, la valutazione deve fare riferimento anche alla coerenza del Programma con gli obiettivi generali e specifici di cui al citato Piano di rientro e comunque finalizzati al perseguimento di una riqualificazione e riorganizzazione strutturale dei SSR³³.

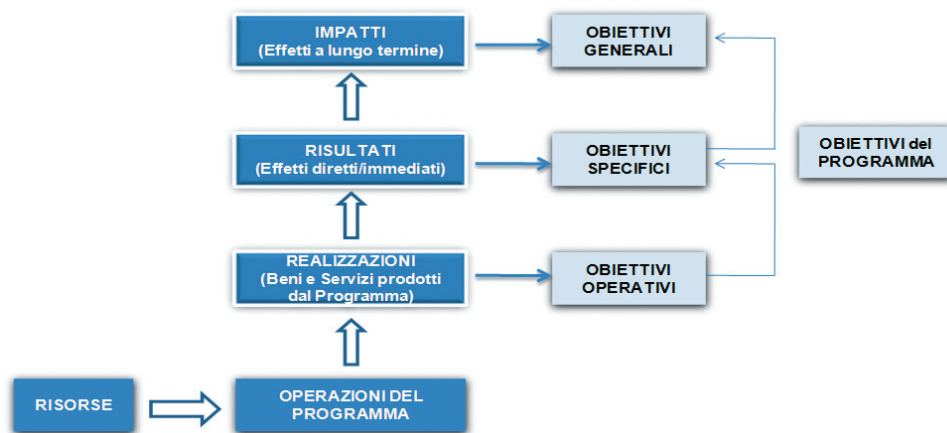
Il valore complessivo di un Programma di investimenti strutturato per progetti dipende in gran parte dalla coerenza tra gli obiettivi (cfr. "Catena degli obiettivi") e la logica dei singoli interventi progettuali (cfr. "Logica d'intervento")³⁴. Dal valore assegnato

³³ Al 2012 le Regioni in Piano di rientro sono: Piemonte (dal 2010), Abruzzo (dal 2007), Lazio (dal 2007), Molise (dal 2007), Campania (dal 2007), Puglia (dal 2010), Calabria (dal 2010), Sicilia (dal 2007).

³⁴ Elaborazione Nucleo di Valutazione estratto da "La programmazione sanitaria" Quaderno 26 del Formez 2005.

a ciascun obiettivo si comprende come, a livello centrale, la valutazione *ex post* venga orientata verso l'osservazione dei soli macro obiettivi generali finalizzati al rilevamento degli effetti prodotti dagli interventi sul quadro generale dell'offerta sanitaria e sullo stato di salute della popolazione.

Logica di intervento

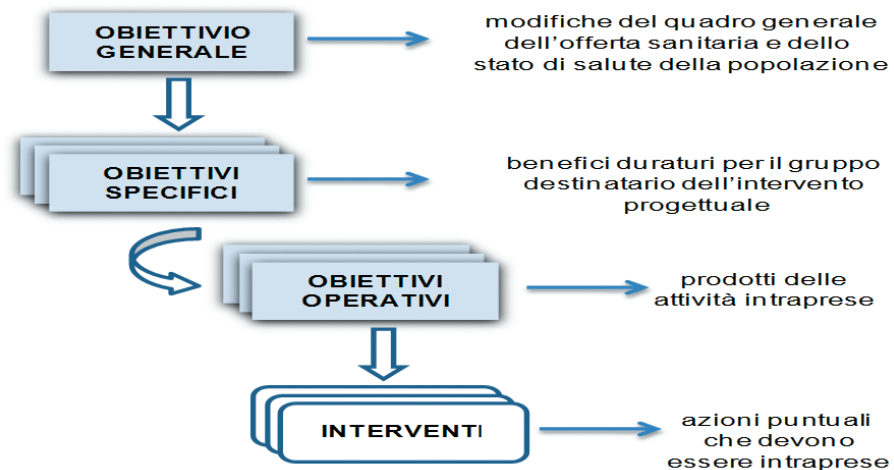


La "Catena degli obiettivi" rende più evidente che la valutazione *ex post* sugli obiettivi generali attiene agli impatti (effetti a lungo termine) mentre la valutazione *ex post* sugli obiettivi specifici attiene ai risultati (effetti diretti ed immediati). Le realizzazioni di cui agli interventi progettuali costituiscono gli output, i beni ed i servizi prodotti, mentre le risorse che supportano le operazioni del Programma di investimenti costituiscono i necessari *input*.

La valutazione *ex post* mira pertanto alla valutazione degli output in termini di misura sia della realizzazione degli interventi sia degli impatti indotti. Nello specifico si ritiene di fare riferimento agli indicatori di realizzazione e agli indicatori di impatto. I primi rappresentano l'esecuzione degli interventi previsti e rilevano l'avanzamento fisico, i tempi di realizzazione e le spese sostenute mentre i secondi stimano gli effetti del Programma sugli utenti, sul sistema sanitario di riferimento e sulle prestazioni fornite.

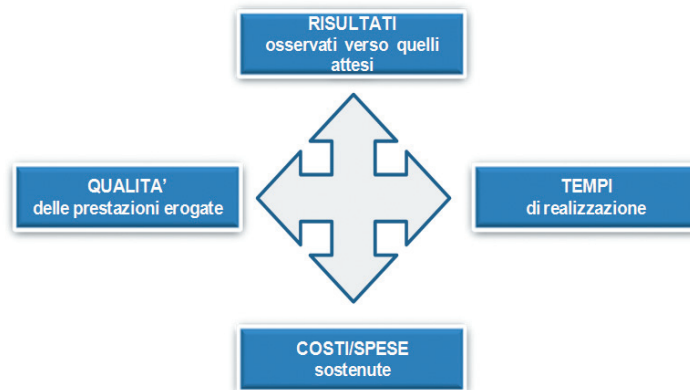


Catena degli obiettivi



Il percorso delineato trova corrispondenza nel ciclo della qualità³⁵: Risultati – Tempi – Costi – Qualità (cfr.: assi della valutazione di cui allo schema seguente).

Assi della valutazione



Sempre ai fini di evidenziare i collegamenti tra la valutazione *ex ante* ed *ex post* è utile fare riferimento ad altre parti significative della MexA. La sezione "Risultati attesi e valutazione degli impatti" prevede la formulazione della Matrice del Quadro Logico

³⁵ Con riferimento alle metodologie di *Total Quality Management*.



nella quale, in riferimento agli obiettivi del Programma, viene segnalato di riportare l'impatto diretto di ogni singolo obiettivo. La sezione "Obiettivi, interventi ed indicatori" richiede di riportare, per ogni indicatore, la descrizione dell'indicatore stesso ed il valore atteso. La MexA inoltre prevede la "Sintesi delle informazioni per autovalutazione" nella quale in riferimento all'"Analisi dell'offerta attuale" vengono proposti alle Regioni alcuni indicatori significativi, la maggior parte dei quali sono correlabili a quelli utilizzati per il monitoraggio dei LEA, dei posti letto e comunque finalizzati a valutare la qualità dell'offerta³⁶.

2.4 Ricerca e sviluppo: analisi georeferenziata dell'offerta

La MexA sottolinea come il grado di completezza e di adeguatezza delle analisi faciliti la comprensione, da parte del valutatore, delle scelte effettuate e della loro rispondenza ai bisogni identificati. A tale scopo la metodologia di valutazione *ex ante* ha specificato che nel Documento programmatico regionale dovrebbe essere evidenziata la possibilità di avvalersi di strumenti di georeferenziazione delle strutture sanitarie e delle tecnologie, in grado di permettere la lettura sistemica dell'intera rete dei punti di erogazione dell'assistenza sanitaria.

In relazione al ruolo istituzionale che la norma attribuisce ai Nuclei, quali Unità tecniche di supporto alla programmazione attraverso strumenti e metodi selezionati o costruiti *ad hoc*, il Nucleo del Ministero della Salute ha valutato le possibilità offerte dall'adozione di sistemi di georeferenziazione che le Regioni più avanzate già utilizzano in relazione al censimento del patrimonio, sia per una lettura più trasparente degli assetti ante e post operam sia per sostenere la motivazione di scelte strategiche o puntuali. Pertanto è stato utilizzato un caso di studio condotto dall'Ufficio di Statistica del Ministero della Salute per l'analisi sul territorio nazionale dell'offerta relativa agli

³⁶Questi indicatori riportati nella MexA si riferiscono agli anni 2008-2009.

acceleratori lineari (ALI) per la radioterapia, dislocati nelle strutture ospedaliere e territoriali, pubbliche e private accreditate.

Le analisi sono state basate sui dati che il Sistema Informativo Sanitario Nazionale rileva periodicamente per le strutture sanitarie, le apparecchiature tecnico-biomediche di diagnosi e cura e l'attività di ricovero, sui dati cartografici e demografici rilevati dall'I-STAT e su *data set* standard della rete stradale.

La georeferenziazione ha permesso di realizzare una mappatura della rete di offerta sanitaria e di analizzarla in correlazione alla distribuzione territoriale della popolazione e all'infrastruttura stradale che connette i diversi elementi del sistema, consentendo parimenti di esplicitare informazioni rilevanti relative a: l'accessibilità della rete, in relazione al tempo necessario per raggiungere una struttura sanitaria che offre determinate prestazioni sanitarie; la copertura assistenziale, espressa in termini di percentuale della popolazione residente che può accedere ad un determinato servizio sanitario entro un tempo predeterminato anche in funzione dello specifico bisogno assistenziale cui si fa riferimento; il bacino di utenza di una struttura, definito come l'insieme delle zone territoriali e la relativa popolazione residente che vedono la struttura stessa come prima alternativa in termini di distanza temporale, per la fruizione delle prestazioni sanitarie.

Tali informazioni costituiscono elementi rilevanti ai fini di un'adeguata valutazione dell'esistente, del monitoraggio di quanto si sta realizzando nonché della pianificazione e del supporto strategico alla programmazione degli investimenti. In particolare, attraverso l'impiego di questi sistemi è possibile fornire una visione immediata dell'offerta di servizi sanitari sul territorio, consentendo di individuare eventuali porzioni del territorio non adeguatamente coperte. Allo stesso tempo è possibile derivare una chiave di lettura per comprendere i fenomeni di mobilità intra ed extraregionale.

Oltre alle strutture erogatrici è possibile analizzare e pianificare la dotazione di tecnologie biomediche, al fine di valutare e garantire il rispetto dei requisiti propri di un'equilibrata e omogenea offerta di prestazioni sul territorio.



Di conseguenza, dall'analisi georeferenziata delle risorse della rete possono scaturire considerazioni a supporto delle attività di valutazione ex-ante ed ex-post degli investimenti relativi alle apparecchiature sanitarie. Questa tipologia di analisi risulta particolarmente necessaria nella programmazione dell'allocazione delle grandi tecnologie nei vari contesti territoriali, in considerazione sia della fondamentale rilevanza che esse rivestono ai fini della diagnosi e della cura delle patologie sia dell'ingente valore dell'investimento³⁷.

2.5 Considerazioni di sintesi

Lo studio comparato degli Accordi di Programma ha evidenziato che, pur seguendo la traccia fornita dalla MexA, alcuni Documenti Programmatici (DP) mostrano di non avere ancora raggiunto la piena padronanza degli strumenti di valutazione attraverso la descrizione di un quadro completo degli indicatori richiesti, dei valori attesi e delle fonti di verifica.

Nel complesso si ritrovano indicatori per la valutazione degli impatti ripresi dal monitoraggio dei LEA unitamente ad altri indicatori di valenza regionale e per alcuni obiettivi, quali gli adeguamenti strutturali e tecnologici, si fa riferimento solo agli indicatori di realizzazione.

L'analisi, in ogni caso, ha consentito di selezionare un *set* di macro obiettivi comuni a tutte le Regioni, utili ai fini delle valutazioni delle realizzazioni regionali e coerenti con le strategie nazionali, quali la riqualificazione della rete ospedaliera con riduzione dei posti letto e l'organizzazione dipartimentale, la riorganizzazione e il potenziamento della rete territoriale con riferimento alla continuità assistenziale, gli adeguamenti normativi e l'ammodernamento tecnologico.

³⁷ La documentazione completa che illustra il caso di studio e le evidenze derivanti dalla sua applicazione sperimentale, sarà resa disponibile all'interno del sito *web* del Ministero della Salute, nella sezione dedicata alla pubblicazione delle statistiche concernenti il Servizio Sanitario Nazionale.

La misura costante della relazione tra i richiamati macro obiettivi e gli indicatori comuni consentirebbe di fornire prime risposte di merito agli interrogativi propri della valutazione quali, ad esempio, il grado di raggiungimento degli obiettivi del Programma e l'impatto conseguente sull'offerta dei servizi ospedalieri, dei servizi territoriali e di prevenzione.

Infine è opportuno porre in evidenza che i risultati rilevati non sempre sono riconducibili in toto alla sola implementazione del Programma in quanto altre cause e fattori esterni, quali lo stato delle condizioni socioeconomiche o dei sistemi infrastrutturali, concorrono a determinare i livelli quali-quantitativi di offerta dei servizi sanitari.

La Valutazione delle realizzazioni degli interventi

Il capitolo rende conto dei cambiamenti che si sono verificati nel complesso delle infrastrutture sanitarie del Paese e valuta i risultati che riguardano la realizzazione degli interventi strutturali e tecnologici previsti nei diversi Accordi di Programma sottoscritti dalle Regioni.

3.1 Patrimonio immobiliare e Finanziamenti per categorie di opere

Un'indagine nazionale sullo stato del patrimonio immobiliare ospedaliero condotta dal Ministero della Salute, contestualmente all'avvio del Programma straordinario di investimenti, evidenziava tra l'altro che il 26% degli ospedali italiani erano ospitati in edifici storici originariamente destinati ad altre funzioni, ad esempio monasteri. La tipologia edilizia più diffusa era quella a blocco (39%), seguita da quelli a padiglione (22%). Il numero maggiore di ospedali si concentrava in Lombardia e nel Veneto. Il 25% degli ospedali era stato ristrutturato alla data del censimento. L'età media degli edifici era di 62 anni e oltre la metà degli ospedali era stata edificata prima del 1940 (cfr. Tabella 7).

Anno di costruzione	Ospedali	%
Prima del 1900	298	28
1900 – 1940	309	29
1941 – 1960	128	12
1961 – 1970	224	21
1971 – 1980	107	10
TOTALE	1066	100

Fonte: Ministero della Salute. Anno 1990



I presidi ospedalieri pubblici ed equiparati si riducono da 777, nell'anno 2001, a 596 nell'anno 2011. Al riguardo è da tenere presente che alcune Regioni, nella ridefinizione delle reti, aggregano in un unico presidio più stabilimenti ospedalieri integrati funzionalmente integrati, censiti singolarmente in precedenza (cfr. Tabella 8).

Gli oltre 2100 interventi attivati hanno prodotto una diversa configurazione del sistema di offerta dei servizi sanitari attraverso la qualificazione tecnologica e strutturale delle reti ospedaliere e determinato la razionalizzazione dell'offerta dei servizi, la costruzione di nuovi e moderni ospedali, la riduzione dei presidi obsoleti.

Tabella 8 - Distribuzione delle strutture di ricovero pubbliche ed accreditate. Anni 2001-2011 (*)

Regioni	Totale Istituti pubblici Anno 2001	Totale Istituti pubblici Anno 2011
Piemonte	44	39
Valle d'aosta	1	1
Lombardia	71	61
Prov. Auton. Bolzano	7	7
Prov. Auton. Trento	14	8
Veneto	75	38
Friuli venezia giulia	19	16
Liguria	25	12
Emilia romagna	42	27
Toscana	41	41
Umbria	11	11
Marche	38	16
Lazio	75	70
Abruzzo	22	18
Molise	7	5
Campania	66	49
Puglia	68	37
Basilicata	11	9
Calabria	37	34
Sicilia	70	66
Sardegna	33	31
ITALIA	777	596

(*) I dati riferiti all'anno 2011 sono provvisori

Fonte: Ministero della Salute - Direzione Generale del Sistema Informativo e Statistico Sanitario
Ufficio di direzione statistica

INVESTIMENTI IN SANITÀ - ART. 20 LEGGE 67/88			
Tabella 9 - Distribuzione % dei Finanziamenti per Tipologie di Servizi. II Fase			
Regioni	Ospedali	Servizi Territoriali	RSA
Piemonte	94%	6%	1%
Valle d'Aosta	84%	16%	0%
Lombardia	92%	0%	8%
PA di Bolzano	100%	0%	0%
PA di Trento	92%	2%	6%
Veneto	77%	2%	21%
Friuli Venezia Giulia	100%	0%	0%
Liguria	81%	13%	5%
Emilia Romagna	85%	6%	9%
Toscana	91%	2%	7%
Umbria	98%	0%	2%
Marche	88%	8%	4%
Lazio	82%	13%	6%
Abruzzo	90%	6%	4%
Molise	60%	14%	26%
Campania	98%	1%	1%
Puglia	93%	6%	0%
Basilicata	74%	19%	7%
Calabria	100%	0%	0%
Sicilia	89%	9%	2%
Sardegna	71%	20%	9%
ITALIA	89%	5%	6%

Fonte: Nucleo di Valutazione e Verifica degli investimenti pubblici in Sanità

Le strutture ospedaliere, tra i diversi interventi previsti dal Programma, assorbono la parte più consistente dei finanziamenti (89%) rispetto a quelli riferiti ad altre tipologie di strutture sanitarie, quali le RSA (6%) e le strutture territoriali (5%). In particolare, l'impegno finanziario per il settore ospedaliero ha assorbito la totalità delle disponibilità nelle Regioni Friuli Venezia Giulia, Calabria e P.A. di Bolzano. Per le strutture residenziali, quali le RSA, l'impegno finanziario risulta superiore al 20% nei programmi delle Regioni Veneto e Molise mentre nelle Regioni Piemonte, Puglia, Campania e Umbria il medesimo impegno risulta inferiore al 2%. Gli interventi per i servizi territoriali sono finanziariamente più consistenti (15-20%) nelle Regioni Basilicata, Sardegna, Valle d'Aosta (cfr. Tabella 9).

Al pari dei finanziamenti, il numero degli interventi per categoria di opere riguarda prevalentemente la rete ospedaliera con 1.432 interventi (67%). Gli interventi extra ospedalieri - servizi di prevenzione, servizi territoriali, RSA - sono pari a 692 (33%) e si presentano numerosi sebbene assorbano solo l'11% dei finanziamenti complessivi. Le Regioni Veneto, Emilia Romagna e Lombardia hanno realizzato un numero elevato di interventi per strutture residenziali mentre per le strutture territoriali gli interventi concretizzati più numerosi si rilevano nelle Regioni Sardegna, Lazio e Sicilia (cfr. tabella 10).

INVESTIMENTI IN SANITÀ - ART. 20 LEGGE 67/88						
Tabella 10 - Distribuzione del Numero di Interventi per Tipologie di Servizi. II Fase						
Regioni	Ospedali	Servizi Territoriali	RSA	TOTALE	Ospedali Incidenza %	Servizi extra-ospedalieri Incidenza %
	a	b	c	d	a/d	(b+c)/d
Piemonte	134	15	2	151	89%	11%
Valle d'Aosta	5	2		7	71%	29%
Lombardia	119	0	57	176	68%	32%
PA di Bolzano	7	0		7	100%	0%
PA di Trento	7	3	1	11	64%	36%
Veneto	118	9	83	210	56%	44%
Friuli V. G.	5	0		5	100%	0%
Liguria	178	35	11	224	79%	21%
Emilia Romagna	116	15	63	194	60%	40%
Toscana	68	6	34	108	63%	37%
Umbria	6	0	2	8	75%	25%
Marche	99	13	7	119	83%	17%
Lazio	108	58	15	181	60%	40%
Abruzzo	26	17	6	49	53%	47%
Molise	6	2	1	9	67%	33%
Campania	33	5	6	44	75%	25%
Puglia	90	35	1	126	71%	29%
Basilicata	26	27	2	55	47%	53%
Calabria	26	0		26	100%	0%
Sicilia	142	62	11	215	66%	34%
Sardegna	111	79	9	199	56%	44%
ITALIA	1432	381	311	2124	67%	33%

Fonte: Nucleo di Valutazione e Verifica degli investimenti pubblici in Sanità

Risulta evidente, e non potrebbe essere altrimenti, che l'insieme degli interventi sugli ospedali è andato ad incidere sulla parte più complessa e costosa dell'edilizia sanitaria, sia per l'esigenza di investimenti in nuove strutture, sia per la necessità di porre mano ad interventi di ristrutturazione spesso generali e impegnativi quali nuovi sistemi di sicurezza, sistemi per ottenere livelli accettabili di confort, adeguamenti tecnologici fondamentali. Il quadro esaminato ha messo anche in rilievo alcuni casi di Regioni che hanno utilizzato i fondi per RSA e strutture territoriali in misura molto maggiore della media nazionale. Va, in ogni caso, tenuto presente che alcune Regioni hanno provveduto a realizzazioni con altri fondi.

3.2 Informazioni per la valutazione

La valutazione delle realizzazioni fa riferimento agli Accordi di Programma che rappresentano la parte più consistente dei finanziamenti di cui all'art. 20 fino ad oggi programmati. Tenuto conto che i dati relativi a tali realizzazioni devono obbligatoriamente essere conferiti dalle Regioni all'Osservatorio degli Investimenti Pubblici in sanità, si fa riferimento ad essi quale fonte informativa (schede tecniche) più qualificata per lo studio dei fattori che influenzano l'avanzamento degli interventi³⁸.

La Scheda tecnica, per ciascun intervento, deve contenere: la descrizione puntuale dell'intervento; la codificazione della categoria strutturale-funzionale e della tipologia di intervento edilizio o di acquisto; i dati per la collocazione territoriale e gestionale (con uso delle codifiche NSIS); i dati sugli importi economico-finanziari, articolati per fonti; la previsione delle date che scandiscono le fasi salienti del processo attuativo.

La scheda è stata definitivamente adottata con l'Accordo Stato Regioni del 28 febbraio 2008, che ha altresì introdotto dati di dimensionamento fisico (mq e posti letto interessati dall'intervento), per i quali non è quindi disponibile una base storica. Oc-

³⁸ Per mancanza di un adeguato sistema di monitoraggio antecedente all'Accordo Stato Regioni del 19 dicembre 2002, non possono essere esaminati i dati di cui agli interventi della I Fase e agli interventi finanziati all'avvio della II Fase antecedenti alla fase negoziale degli Accordi di Programma, relativi a opere prioritarie di completamento della I Fase e di adeguamento alle norme per la sicurezza.



corre inoltre sottolineare che le date disponibili nel cronoprogramma degli interventi sono solo di tipo previsionale, cosa che impedisce la valutazione puntuale degli scostamenti rispetto alla data effettiva di completamento delle diverse fasi.

Le procedure di attuazione del programma successive alla stipula degli Accordi prevedono l'uso di specifici modelli (moduli A, B e C) che sono improntati a principi di semplificazione. Di conseguenza gli obblighi informativi sono limitati ai dati necessari alla gestione dei procedimenti piuttosto che alle procedure di valutazione. La richiesta di ammissione a finanziamento viene presentata, per ogni singolo intervento, attraverso lo specifico Modulo A, che contiene dati relativi all'approvazione del progetto appaltabile e all'aggiornamento dei tempi di realizzazione e del costo complessivo. Per le richieste di liquidazione viene utilizzato, per ogni singolo pagamento, il Modulo B di pertinenza operativa del Ministero dell'Economia e delle Finanze, competente per la gestione del capitolo.

Per il monitoraggio dei programmi viene utilizzato, per ogni finanziamento statale afferente alle diverse linee di investimento, il Modulo C che assicura una ricognizione annuale dell'importo speso, della data di apertura dei cantieri, dello stato dei lavori e un'ipotesi delle esigenze di cassa per il triennio successivo. Il Modulo C configura l'insieme più consistente e sensibile dei dati di monitoraggio sulla realizzazione degli interventi, sebbene non sia risultato di grande aiuto per la valutazione ex-post, essendo solo dal 2010 gestito attraverso l'Osservatorio.

3.3 Indicatori per i processi di realizzazione

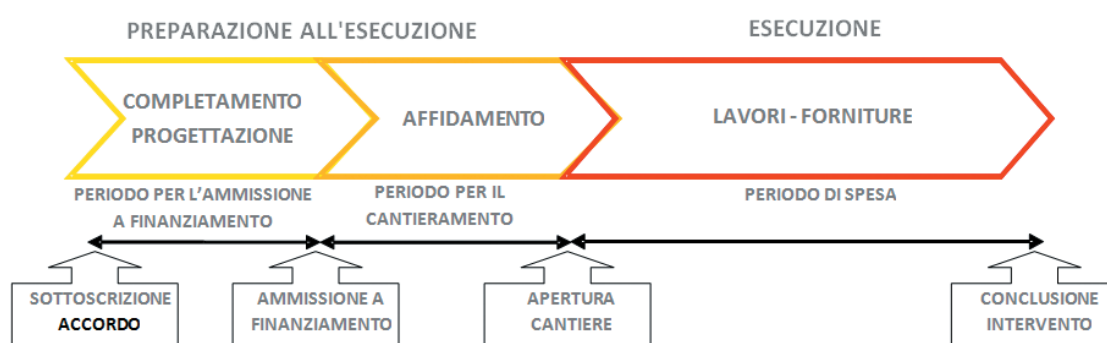
Gli indicatori di realizzazione degli interventi pertanto sono stati elaborati sulla base dei dati disponibili per la valutazione, cioè gli stessi utilizzati per la gestione dei procedimenti per l'ammissione a finanziamento, la liquidazione e il monitoraggio dei programmi.

Per l'analisi del processo di realizzazione di un intervento si possono considerare due fasi principali di attuazione: 1. la fase di "preparazione all'esecuzione" nella quale



vengono completate le procedure tecniche e amministrative propedeutiche alla realizzazione (progettazione e affidamento); 2. la fase “di esecuzione” vera e propria, in cui si svolgono i lavori o si rendono funzionanti i beni acquisiti.

Per la caratterizzazione quantitativa di queste due fasi sono stati valutati, rispettivamente, i tempi delle procedure e l’avanzamento della spesa.



In particolare sono stati esaminati, per la “fase di preparazione all’esecuzione”, i tempi impiegati per l’ammissione a finanziamento e per l’apertura dei cantieri, mentre per la “fase di esecuzione” sono state considerati gli andamenti della spesa e del costo (avanzamento medio annuo della spesa e variazione del costo complessivo rispetto alle previsioni iniziali).

Fase 1 - Fase di “preparazione all’esecuzione”.

La prima fase di attuazione, quella del completamento delle procedure propedeutiche, inizia con la sottoscrizione dell’Accordo di programma e termina con l’apertura dei cantieri. Questa fase può a sua volta essere suddivisa in due periodi, con riferimento al momento fondamentale dell’ammissione a finanziamento, prima del quale si definisce l’intervento da appaltare, e dopo il quale si predispone quanto è necessario per arrivare dal progetto appaltabile all’apertura del cantiere.

L’analisi degli indicatori per la fase di preparazione all’esecuzione

All’interno della fase di preparazione all’esecuzione si possono quindi considerare due indicatori: 1a. tempo per l’ammissione a finanziamento (a partire dalla sottoscri-

zione dell'Accordo); 1b. tempo per l'apertura dei cantieri (a partire dall'ammissione a finanziamento).

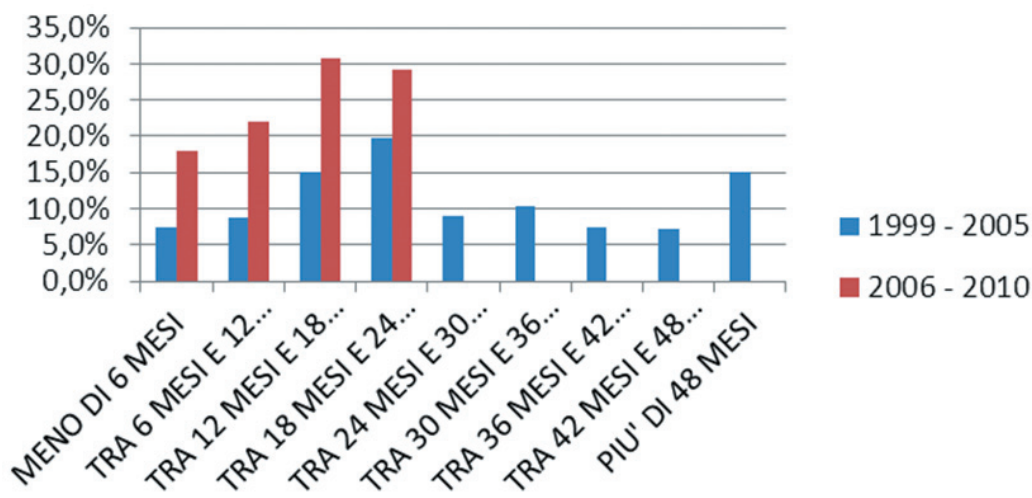
La fase che porta all'autorizzazione finanziaria per il progetto appaltabile è caratterizzata dall'indicatore "tempo impiegato per giungere all'ammissione a finanziamento" (differenza in giorni tra la data di ammissione a finanziamento del singolo intervento e la data di sottoscrizione dell'Accordo). Tale "intervallo di tempo" dipende, in generale, dalla solidità delle ipotesi programmatiche e dal grado di maturazione delle prime definizioni progettuali utilizzate per giungere alla sottoscrizione dell'Accordo.

L'indicatore "tempo impiegato per l'apertura del cantiere" (differenza in giorni tra la data di apertura del cantiere e la data di ammissione a finanziamento) dipende invece dalla capacità e dalla possibilità di espletare tempestivamente le procedure di affidamento, nonché dagli eventuali problemi che possono nascere nel rapporto con l'affidatario prima che questo inizi ad operare.

L'esame dei tempi di ammissione a finanziamento ha mostrato che i meccanismi di revoca introdotti dalla legge finanziaria 2006 hanno eliminato situazioni di ritardo non sostenibili. Prima della legge finanziaria del 2006, il tempo di ammissione a finanziamento, per più della metà dei progetti, superava i 2 anni, nel 15% degli interventi i tempi erano superiori ai 4 anni e in taluni casi a 6 anni (cfr. Figura 3).

Investimenti in sanità - Art. 20 Legge 67/88

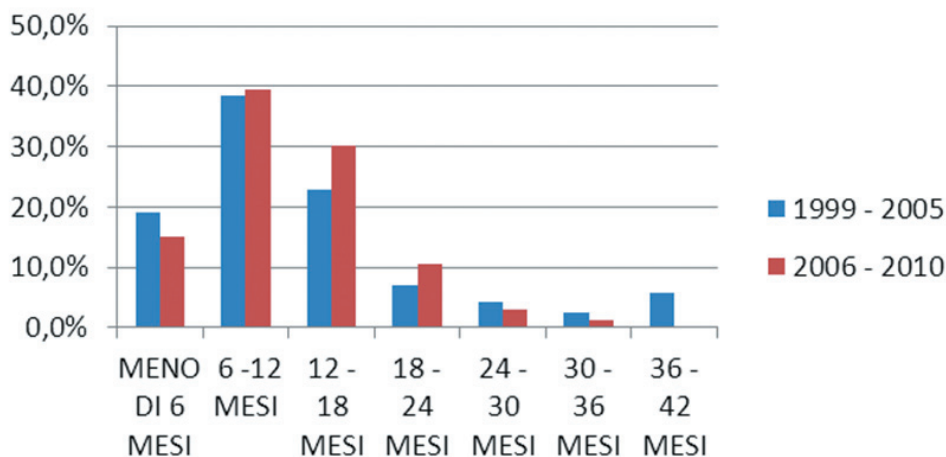
Figura 3 - Tempi di ammissione ai finanziamenti. II Fase





Investimenti in sanità - Art. 20 Legge 67/88

Figura 4 - Tempi di cantieramento. Il Fase



La prescrizione di un tempo massimo per l'affidamento pari a 9 mesi, a meno di proroghe autorizzate dal Ministero, ha prodotto effetti meno rilevanti sui tempi di cantieramento. Prima della finanziaria del 2006 circa il 20% degli interventi arrivava alla fase di spesa almeno 18 mesi dopo l'ammissione a finanziamento, a causa del protrarsi delle procedure di affidamento e di preparazione all'esecuzione. In seguito è leggermente aumentata la percentuale degli interventi pervenuti all'esecuzione entro 18 mesi (cfr. Figura 4).

Fase 2 - Fase "di esecuzione".

La fase di esecuzione degli interventi può essere analizzata in termini di avanzamento della spesa e del costo complessivo. Non è possibile analizzare l'avanzamento amministrativo e quello fisico per la carenza di informazioni specifiche nei modelli di data reporting previsti con la semplificazione delle procedure. Un più frequente monitoraggio e l'obbligatorietà della comunicazione relativa ad alcuni momenti salienti dell'esecuzione, primo fra tutti quello della conclusione dei lavori, consentirebbero valutazioni più pertinenti sulle grandezze fisiche corrispondenti agli avanzamenti di spesa.



L'analisi degli indicatori della fase "di esecuzione"

La fase di esecuzione è stata esaminata con riferimento a due soli indicatori: 2a. l'eventuale variazione del costo complessivo rispetto alle previsioni iniziali; 2b. la richiesta media annua di cassa.

L'indicatore variazione percentuale del costo complessivo si ottiene calcolando la differenza tra il costo complessivo aggiornato, desunto dall'ultimo Modulo C, e il costo complessivo iniziale previsto al momento della sottoscrizione dell'Accordo. Tale variazione viene considerata in termini di rapporto percentuale rispetto al costo complessivo iniziale al fine di valutarne la rilevanza indipendentemente dalla dimensione economica dell'intervento. La differenza tra costo aggiornato e costo iniziale può essere positiva (per effetto di varianti) o negativa (per effetto di ribassi e di economie).

L'indicatore avanzamento medio annuo della spesa in fase di attuazione si calcola, per ciascun intervento, come rapporto tra l'importo complessivo speso e il numero di anni nel quale si può considerare erogata la spesa. Tale variazione viene considerata in termini di rapporto percentuale rispetto alla spesa complessiva al fine di valutarne la rilevanza indipendentemente dalla dimensione della spesa. Il periodo considerato è quello che intercorre tra la data a cui si riferisce la rilevazione della spesa complessiva (31 dicembre dell'ultimo anno considerato per il monitoraggio) e la data di apertura del cantiere. L'assunto è che, in prima approssimazione, la spesa abbia inizio contestualmente all'apertura del cantiere e abbia un andamento lineare nel corso degli anni.

L'analisi delle variazioni del costo complessivo dei singoli interventi evidenzia che tali variazioni si possono considerare nel complesso poco rilevanti. Per circa l'80% degli interventi considerati non sono riportate differenze tra il costo previsto al momento della formalizzazione del programma e quello aggiornato a seguito dell'avanzamento del progetto e/o dell'esecuzione. Piuttosto rari (meno del 5 %) sono i casi di riduzione del costo complessivo iniziale. È opportuno ricordare che le risorse liberate per effetto di ribassi o di altri risparmi non escono dalla contabilità finanziaria dell'intervento, se utilizzate per opere e acquisizioni strettamente pertinenti al progetto originario. I casi



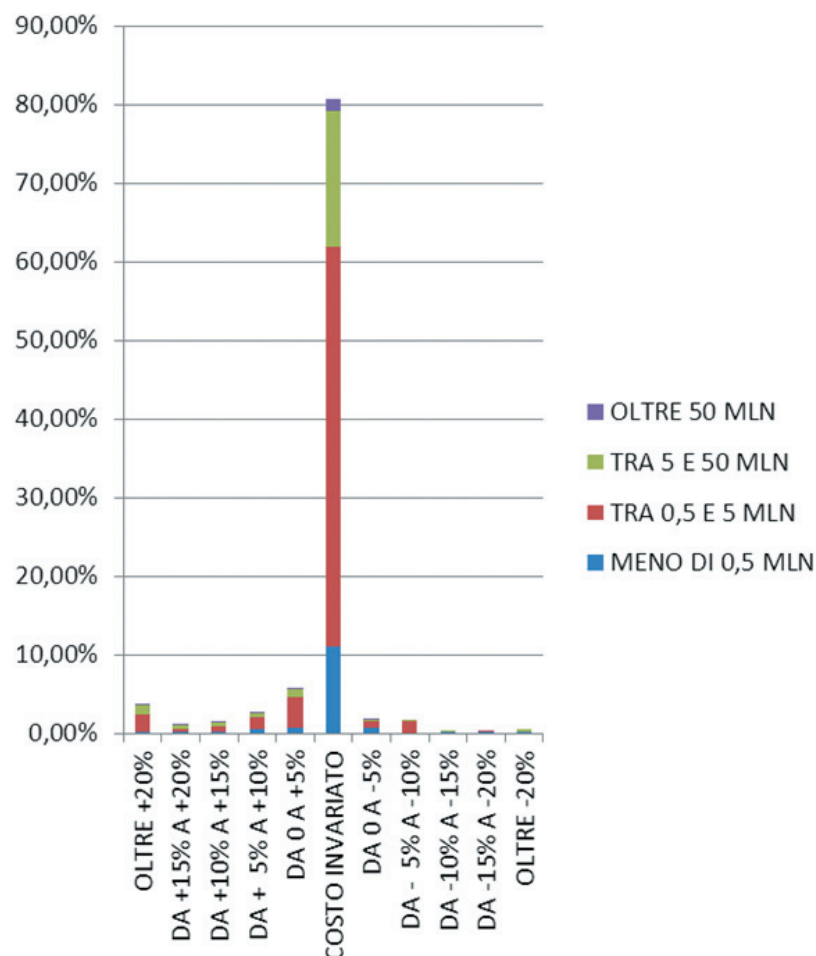
di invarianza o riduzione dei costi possono includere opere e acquisizioni ulteriori rispetto a quelle inizialmente previste.

Gli interventi per i quali nei rapporti di monitoraggio sono stati evidenziati aumenti del costo complessivo sono circa il 15%. Per una parte di essi (circa il 4%) tali incrementi superano il 20% del costo iniziale. È da sottolineare che per gli interventi più complessi, in particolare per quelli superiori ai 50 milioni di euro, sono più rari i casi di costo invariato e più frequenti gli aumenti anche rilevanti di costo.

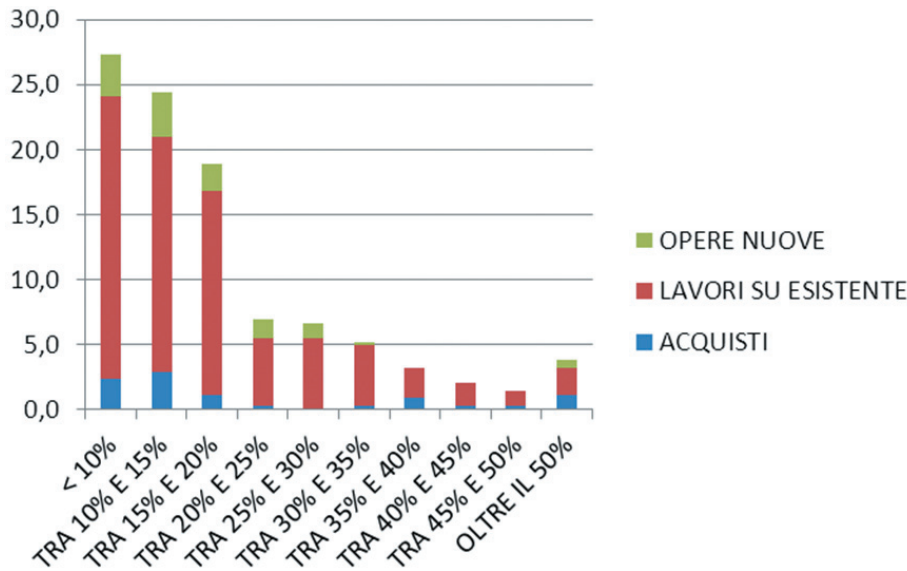
Si può concludere che le necessità di rifinanziamento degli interventi sono rare, ma devono essere valutate con particolare attenzione per gli interventi maggiori (ospedali con interventi complessi) dove l'incremento dei costi è spesso più frequente e più consistente (cfr. Figura 5).

Investimenti in sanità - Art. 20 Legge 67/88

Figura 5 - Variazione dei costi degli interventi. II Fase



Investimenti in sanità - Art. 20 Legge 67/88

Figura 6 - Avanzamento medio per anno dei lavori. Il Fase

L'avanzamento medio annuo della spesa è rappresentativo di quello reale solo in prima approssimazione poiché, stante il numero ancora ridotto di dati disponibili e pertinenti, non è possibile determinare trends dell'avanzamento della spesa che tengano anche conto dei periodi di inerzia iniziale e delle accelerazioni legate ad alcune fasi esecutive. Tuttavia, anche se la spesa in fase esecutiva non cresce in modo lineare con il tempo, l'incremento medio annuo registrato consente una stima del tempo complessivo in cui la spesa viene erogata. Il fatto che a distanza di un certo numero di anni dall'apertura di un cantiere sia stata impiegata una determinata quota del finanziamento disponibile consente di formulare un'ipotesi sulla durata del cantiere anche quando tale durata complessiva non è stata rilevata o non può essere ancora rilevata, perché l'esecuzione è ancora in corso.

Ad esempio, un avanzamento medio annuo inferiore al 20% può essere ritenuto equivalente ad un tempo di realizzazione dell'intervento non inferiore a 5 anni mentre un avanzamento medio annuo inferiore al 10% corrisponde ad una fase esecutiva superiore a 10 anni.

In applicazione a tali premesse metodologiche, i dati disponibili per gli interventi non ancora conclusi o per i quali si possa ipotizzare la durata del cantiere fanno emer-

gere che circa il 70% degli interventi analizzati presenta un avanzamento medio annuo inferiore al 20% e tra questi il 25% ha avuto un avanzamento medio annuo inferiore al 10%, talora anche nel caso di acquisti di attrezzature per i quali la fase di esecuzione vera e propria dovrebbe essere più breve (cfr. Figura 6).

3.4 Criticità

La difficoltà riscontrata, nel percorso valutativo *ex post*, di correlare con sistematicità la relazione tra dati - esiti - cause di sistema, attiene a tre diversi ordini di criticità:

1. Criticità di Programma, riferibili a procedure proprie di attuazione del Programma
2. Criticità di Contesto, riferibili alle diverse fasi del processo edilizio
3. Criticità di Sistema, riferibili alla *governance*

Le criticità di Programma e di Sistema sono da ritenersi interne al Programma degli investimenti e possono essere superate attraverso una qualificazione dei meccanismi che regolano il Programma stesso mentre le criticità di Contesto dipendono anche da fattori esterni al Programma e pertanto il loro superamento presuppone l'attivazione di azioni complesse sui diversi fattori.

1. Criticità di Programma

Nello specifico, si segnalano le criticità relative ai tempi delle procedure tecnico-amministrative che precedono la fase esecutiva. Pertanto la spesa effettiva ha inizio, nella maggior parte dei casi, almeno 2 anni dopo l'impegno finanziario connesso alla stipula dell'Accordo.

L'avanzamento dei cantieri risulta molto lento, con una durata della fase realizzativa mediamente non inferiore a 5 anni. Per oltre il 50% dei casi gli interventi si concludono non prima di 5 anni dopo la sottoscrizione dell'Accordo di programma.



2. Criticità di Contesto

Le criticità di Contesto si riferiscono ai diversi ambiti processuali di attuazione degli interventi ed in particolare possono essere rilevate:

- nella programmazione regionale ed aziendale
- nella organizzazione dei servizi sanitari
- nei tempi di progettazione degli interventi fino alla cantierabilità
- nei tempi di realizzazione degli interventi fino al collaudo
- nei tempi di attivazione degli interventi, a partire dal collaudo
- nella valutazione dei costi degli interventi
- nella manutenzione del patrimonio immobiliare sanitario

Programmazione regionale e aziendale

Le Regioni si presentano diversificate nel merito della capacità di prevedere e pianificare strategie ed interventi. La solidità nei percorsi della programmazione appare condizionata dalla stabilità della *governance* e dalla qualità dell'organizzazione, delle competenze e delle professionalità specifiche presenti nel sistema gestionale, regionale e aziendale.

La durata media nazionale degli incarichi dei Direttori Generali nelle Aziende Ospedaliere e delle ASL è inferiore ai quattro anni. È tuttavia da considerare che il quadro è diversificato nelle diverse Regioni così come diversa è la capacità delle Regioni di predisporre Accordi di Programma da sottoscrivere e di uso delle risorse finanziate assegnate.

Organizzazione dei servizi

La differente configurazione del sistema di offerta dei servizi sanitari nei diversi contesti regionali appare riferibile a:

- difficoltà in molte Regioni del centro-sud nel riordino delle reti sanitarie con particolare riferimento alla rete territoriale e alla rete dell'emergenza-urgenza

- difficoltà in molte Regioni di implementare il modello delle cure primarie e di assicurare una idonea continuità assistenziale in stretta relazione con i servizi sociali
- carente identificazione dei percorsi diagnostici – terapeutici – riabilitativi
- carente programmazione integrata con altri settori (es. delle infrastrutture di trasporto) tale da assicurare una organizzazione dei servizi coerente con le esigenze del territorio.

Tempi di progettazione fino alla cantierabilità

Le problematiche dei tempi di progettazione degli interventi possono essere correlate a criticità di Contesto, quali:

- mutazioni di contesto (es. varianti del Progetto collegate alle variazioni dei contenuti o scelta di una nuova area di intervento)
- modifiche normative
- complessità delle procedure di gara
- modalità di valutazione e di approvazione del progetto da parte delle Amministrazioni
- contenzioso legale pre e post affidamento della progettazione.

Tempi di realizzazione degli interventi fino al collaudo

Le problematiche dei tempi di realizzazione degli interventi possono essere correlate a criticità di Contesto, quali:

- varianti in corso d'opera
- inconvenienti tecnici spesso legati alla natura dei terreni o a particolari aspetti progettuali
- complessità procedurali
- erogazione dei finanziamenti ritardata rispetto allo Stato di Avanzamento dei Lavori



Tempi di attivazione degli interventi dal momento del collaudo

Dai dati a disposizione non si hanno riferimenti sui tempi di attivazione degli interventi dal momento del collaudo e pertanto non è possibile definire un quadro certo degli interventi conclusi, attivati e funzionanti. Tuttavia l'esperienza rende possibile evidenziare che sussistono criticità correlabili al Contesto, quali:

- carenze di pianificazione aziendale (organizzazione, gestione)
- carenze aziendali nelle operazioni di Decanting (trasferimenti di materiali e persone)
- carenza di personale adeguatamente formato per la messa in esercizio delle strutture

Valutazione dei Costi degli interventi

Le problematiche relative ai costi di realizzazione degli interventi possono essere correlate a criticità di Contesto, quali:

- carenza di costi di riferimento (data base, serie statistiche, etc)
- carenza di dati sulla consistenza del patrimonio immobiliare (superfici e volumi)

Manutenzione del Patrimonio Immobiliare Sanitario

Nella logica di un processo edilizio basato sull'intero "ciclo di vita" di un'opera, la manutenzione del patrimonio immobiliare sanitario costituisce uno degli aspetti rilevanti per assicurare agli utenti prestazioni di qualità e di sicurezza. Le maggiori criticità di questa fase del processo che hanno una ricaduta diretta sulle risorse e sui finanziamenti e che possono correlarsi al Contesto, sono:

- carenza di costi di riferimento a livello centrale e regionale
- carenza di sistemi informatici per la conoscenza e la gestione del patrimonio
- scarsa attendibilità degli strumenti per la manutenzione messi al servizio delle Amministrazioni (es. piani di manutenzione) spesso non specifici, non aggiornati ed incompleti

3. Criticità di Governance

Queste criticità attengono alla capacità gestionale nel ripartire e nel modulare le risorse finanziarie. In tal senso possono essere individuati tre aspetti particolarmente significativi:

- La difficoltà di gestione riguarda l'intero programma che è vincolato, nel suo complesso, all'impegno di bilancio determinato dal CIPE. La discontinuità dei finanziamenti aggrava la procedura per l'approvazione dei progetti che può avvenire solo a finanziamento certo;
- L'organizzazione del sistema finanziario di fatto ha trasformato gli investimenti dell'art. 20 da interventi straordinari ad interventi di mantenimento e adeguamento normativo, ciò anche per la mancanza di quote per opere e tecnologie nel finanziamento dei LEA. In questo ambito, considerata la continua necessità di adeguarsi a norme cogenti, quali ad esempio la recente normativa antincendio, e alle continue evoluzioni delle normative in materia di sicurezza, le Regioni dovrebbero dotarsi di un Conto capitale regionale per gli interventi minori e urgenti;
- Il rallentamento delle procedure è più rilevante nei contesti in cui è meno qualificata l'organizzazione tecnica. Questo potrebbe far riflettere sulla necessità di obbligare le Regioni a normare gli Uffici Tecnici delle Aziende³⁹.

3.5 Considerazioni di sintesi

In conclusione si può dire che il deterrente della revoca si è rivelato utile avendo stimolato la proposizione di interventi che possono essere attivati in tempi contenuti anche se, contestualmente, si è registrato un numero non trascurabile di rimodulazioni, che sono il sintomo della necessità di rivedere i programmi dopo meno di un anno e mezzo. La fase di esecuzione dei lavori ha inizio, nella maggior parte dei casi, due

³⁹ Quest'ultimo aspetto è stato oggetto di valutazione da parte del Nucleo, che nel 2005 ha presentato un documento che non ha avuto poi nessun riscontro legislativo.



anni dopo la sottoscrizione dell'Accordo, in ragione della normativa sulle procedure dei lavori pubblici (redazione e approvazione del progetto appaltabile, nonché espletamento delle procedure di gara). Tale normativa sembra condizionare le tempistiche per l'apertura dei cantieri in maniera più rilevante rispetto a quanto attribuibile ai fattori legati all'efficienza tecnico-amministrativa degli uffici regionali e aziendali.

La durata della fase attuativa risulta di frequente superiore ai 5 anni, anche nel caso di interventi di dimensioni ridotte. Di ciò si deve tener conto quando si vanno a stimare le uscite effettive per lo Stato conseguenti alla sottoscrizione di un Accordo di programma. Tali uscite, che iniziano dopo un periodo quasi mai inferiore a due anni, sono diluite su un arco temporale di ampiezza variabile che spesso supera i 3 anni.

Infine è opportuna una considerazione sulla durata complessiva dell'attuazione degli interventi contenuti negli Accordi di Programma.

Gli interventi entrano in un Accordo di programma a seguito di un iter programmatico che, nella migliore delle ipotesi, dura da uno a due anni, sebbene non possa essere stimato con esattezza perché non sono definiti i tempi di gestazione dei programmi regionali e quelli della programmazione negoziata. Una volta stipulato un Accordo di programma, un intervento raramente giunge alla fase esecutiva in meno di due anni e ancor più raramente la fase esecutiva dura meno di tre anni. I tempi di attuazione degli interventi contenuti negli Accordi di Programma quindi sono quasi sempre superiori ai 5 anni.

La Valutazione di impatto

Il Capitolo presenta la valutazione ex post relativa agli impatti del Programma di Investimenti basata su alcuni macro-indicatori condivisi e illustra altresì, per approfondimenti successivi, un'ipotesi metodologica per un'ulteriore misurazione degli effetti sull'erogazione dei servizi assistenziali.

4.1 Premesse

La valutazione d'impatto riguarda aspetti di particolare rilevanza della valutazione *ex post* in quanto prende in considerazione le ricadute effettive degli investimenti rispetto agli obiettivi attesi, costituendo questi ultimi la ragion d'essere dell'investimento stesso. Il citato decreto legislativo 228/2011, nella trattazione della valutazione *ex-post*, chiarisce che l'attività viene svolta "...per misurare, nel rispetto del principio di sana gestione finanziaria, l'efficacia e l'utilità delle opere..."⁴⁰. In coerenza con la *mission* del Servizio Sanitario Nazionale, l'impatto non può che riguardare la relazione degli investimenti con l'efficienza e l'efficacia dell'attività erogativa dei servizi assistenziali.

Come già rappresentato, la difficoltà oggettiva a sviluppare una puntuale valutazione d'impatto degli interventi nei contesti regionali è determinata dal fatto che, nei documenti programmatici, raramente si riscontrano indicatori di impatto e, in questi pochi casi, non sempre sono presenti i valori attesi e dichiarate le fonti di verifica. Questo risulta, peraltro, in contrasto con quanto disciplinato dalla norma specifica dell'arti-

⁴⁰ Art. 6 del Decreto Legislativo 228 del 29 dicembre 2011



colato contrattuale degli Accordi di Programma che richiede l'esplicitazione di indicatori per consentire la valutazione di impatto.

La scelta di pertinenti e significativi indicatori di impatto è complessa ed è opportuno comunque non prescindere da una premessa condivisa: il sistema dei servizi sanitari concorre al benessere, alla qualità della vita e alla salute di un individuo e di una comunità al pari di altre determinanti quali la cultura, la ricerca, gli stili di vita, l'ambiente. Sarebbe pertanto doveroso e pertinente "pesare" l'impatto anche di ulteriori sistemi infrastrutturali e fattori concorrenti.

Il Nucleo, a fronte di tali premesse e in considerazione della relativa novità delle procedure valutative in ambito istituzionale, ha avviato una valutazione *ex post* lungo due linee direttrici: la prima basata su alcuni macro-indicatori condivisi per la misura degli effetti complessivi del Programma degli Investimenti sul Paese e la seconda che si configura come un percorso metodologico orientato a mettere in relazione gli effetti degli investimenti con l'erogazione dei servizi assistenziali. Pertanto sono in progress approfondimenti tecnico-scientifici per le analisi delle relazioni tra interventi di cui al Programma e indicatori di struttura, di popolazione e di territorio nonché tra gli stessi interventi e alcuni indicatori, pertinenti al Programma, utilizzati per la valutazione dei livelli essenziali di assistenza che, nel corso degli anni, sono stati disciplinati da norme, a partire dal DPCM 29 novembre 2001.

4.2 Effetti complessivi del Programma degli Investimenti sul Paese

Una valutazione *ex post* che rappresenti una misura degli effetti complessivi del Programma degli Investimenti sul Paese, può basarsi su alcuni macro-indicatori condivisi:

- numero dei posti letto nelle strutture di ricovero pubbliche e private accreditate
- tasso di ospedalizzazione complessivo
- percentuale di ricovero ordinario per i DRG "ad alto rischio di appropriatezza"
- indice di mobilità attiva e indice di mobilità passiva

Numero dei posti letto

La riduzione dei posti letto, sostenuta negli anni da norme specifiche e stringenti nel contesto più generale delle politiche sanitarie dei Paesi occidentali, esprime la coerenza nell'evoluzione dei sistemi di offerta verso gli obiettivi di riequilibrio previsti nella relazione ospedale-territorio, di ottimizzazione attraverso modelli di rete tra servizi, di appropriatezza e sicurezza dei percorsi assistenziali e di qualificazione della spesa e dei costi.

Negli anni 2001-2011 si rende evidente una riduzione consistente dei posti letto per acuti, che sono passati da 4,5 a 3,3 per mille abitanti e un aumento dei posti letto per la riabilitazione e la lungodegenza da 0,5 a 0,6 per mille abitanti (cfr. Tabella 11). Gli interventi di ammodernamento e di realizzazione di nuovi ospedali finanziati dal Programma straordinario degli investimenti ha contribuito inoltre ad una significativa riduzione del numero delle strutture ospedaliere pubbliche ed equiparate che sono passate da 777 nell'anno 2001 a 596 nell'anno 2011 (cfr. Capitolo 3, Tabella 8).

La riduzione dei posti letto non è stata uniforme negli anni ed è risultata inferiore in quelle Regioni che hanno manifestato una minore capacità di programmare e uti-

Tabella 11 - Riduzione posti letto Acuti e non Acuti. Strutture di ricovero pubbliche e accreditate. Anni 2001 - 2011 (*)

Anno	Posti letto per acuti Per mille abitanti	Posti letto per non acuti Per mille abitanti
2001	4,5	0,5
2002	4,4	0,5
2003	4,3	0,6
2004	4,1	0,6
2005	4,0	0,6
2006	3,9	0,6
2007	3,8	0,6
2008	3,7	0,6
2009	3,6	0,6
2010	3,5	0,6
2011	3,3	0,6

(*) I dati riferiti all'anno 2011 sono provvisori

Fonte: Ministero della Salute - Direzione Generale del Sistema Informativo e Statistico Sanitario - Ufficio di direzione statistica



lizzare i finanziamenti disponibili e assegnati. La mancata riduzione dei posti letto ha corrisposto alla non adeguata realizzazione e distribuzione delle strutture territoriali che nel contempo avrebbero dovuto essere implementate per garantire ai cittadini l'accesso alle cure sanitarie più appropriate.

Tasso di ospedalizzazione complessivo

Il tasso di ospedalizzazione (TO) esprime la misura della domanda di assistenza ospedaliera da parte della popolazione che risulta "soddisfatta" dal SSN. In adesione alle evoluzioni normative si è registrata, nel tempo, una riduzione della frequenza di ricovero ospedaliero, frutto della riorganizzazione e della razionalizzazione dell'offerta assistenziale dall'ospedale verso i servizi territoriali al fine di rispondere ai bisogni dei cittadini con efficienza, qualità e sicurezza delle cure.

Il tasso di ospedalizzazione, negli anni 2001-2011, è passato dal 207,9/000 al 158,4/000 con differenze regionali evidenti. Anche grazie alla capacità di utilizzo dei finanziamenti del Programma di investimenti, le Regioni settentrionali hanno registrato una riduzione del TO più significativa⁴¹. Nelle Regioni impegnate nei Piani di rientro la diminuzione del TO è risultata meno consistente (cfr. Figura 7).

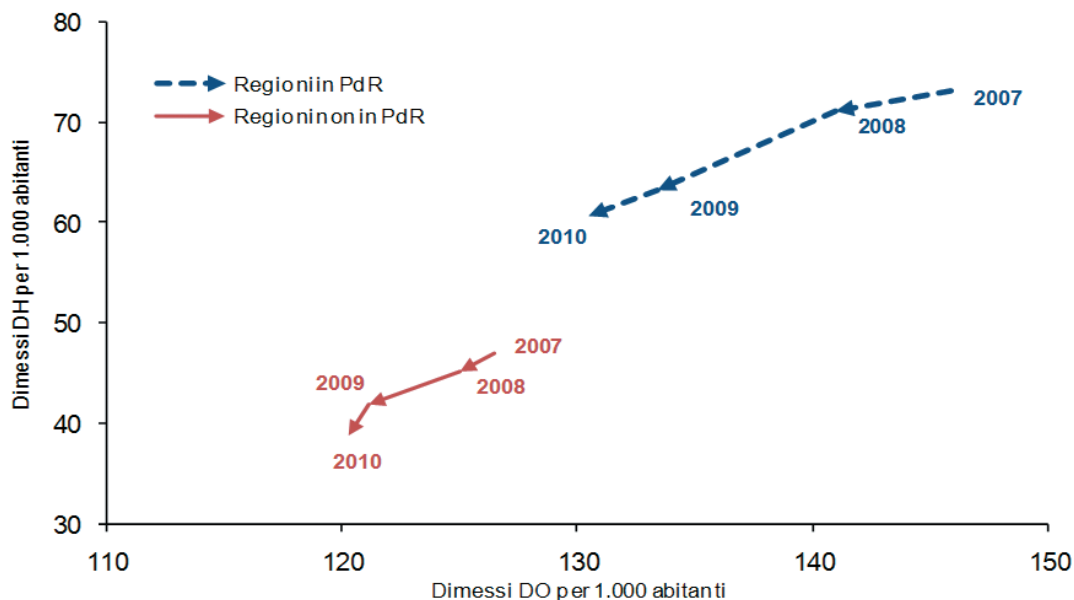
Percentuale di ricovero ordinario per i DRG "ad alto rischio di appropriatezza"

La percentuale di ricovero ordinario per i DRG "ad alto rischio di appropriatezza" esprime la domanda di ospedalizzazione in modalità ordinaria per prestazioni che possono essere erogate in *setting* assistenziali più appropriati, per assicurare le risposte più efficienti tra quelle possibili e la qualità più adeguata al bisogno. Negli anni, la norma introdotta nel 2001 con il DPCM sui Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) ha determinato una forte riduzione dell'indicatore anche grazie alla rimodulazione delle soglie di accettabilità definite dalle Regioni, che hanno tenuto conto dei contesti di

⁴¹ Standard nazionali di riferimento: 180/000 abitanti, Intesa in Conferenza Stato Regioni del 23 marzo 2005; 160/000 abitanti, Decreto Legge 7 maggio 2012, n° 52 convertito con modifiche dalla Legge di conversione 6 luglio 2012, n° 94.



Figura 7 – Tasso di ospedalizzazione in Italia. Anni 2007-2011



Fonte SDO, Ministero della Salute

partenza e della concreta possibilità di adeguamento. La percentuale di ricovero per i 43 DRG stabiliti dal citato DPCM è passata da 40,5% nel 2002 al 52,8% nel 2008.

Nella tabella 12, relativa agli anni 2007 e 2011, dove si considerano i 108 DRG ad “alto rischio di inappropriatazza”, ridefiniti con il Patto per la salute 2010-2012, si evidenzia una riduzione di 5 punti percentuali quale effetto combinato di differenze regionali significative. La differenza più significativa si registra nella Regione Abruzzo (-18,8).

Indice di mobilità attiva e Indice di mobilità passiva

L’indice di mobilità attiva (“attrazione”) misura la percentuale di non residenti ricoverati nella Regione mentre l’indice di mobilità passiva (“fuga”) misura la percentuale di residenti nella Regione ricoverati altrove.

Le modalità di calcolo degli indicatori individuati risente di alcuni limiti legati alla difficoltà di circoscrivere la mobilità fisiologica, ad esempio di confine o per effetto di



Tabella 12 - Differenza percentuale ricoveri ordinari sul totale dei ricoveri per i DRG "ad alto rischio di appropriatezza". Ricoveri per Acuti. Anni 2011 -2007

Regioni	% 2007	% 2011	Differenza 2011 - 2007
Piemonte	39,1	45,4	6,3
Valle d'Aosta	41,5	45,4	3,9
Lombardia	64,1	60,0	-4,2
P.A. Bolzano	63,6	58,2	-5,4
P.A. Trento	51,7	39,0	-12,7
Veneto	50,3	44,7	-5,6
Friuli V.G.	58,9	50,2	-8,7
Liguria	33,6	29,8	-3,8
Emilia Romagna	64,8	52,3	-12,5
Toscana	41,0	47,2	6,1
Umbria	50,8	61,0	10,2
Marche	60,7	54,1	-6,6
Lazio	51,6	41,4	-10,2
Abruzzo	62,2	43,4	-18,8
Molise	55,6	47,4	-8,2
Campania	54,4	42,6	-11,8
Puglia	59,8	52,5	-7,4
Basilicata	39,8	41,5	1,7
Calabria	55,0	47,9	-7,2
Sicilia	40,2	35,9	-4,3
Sardegna	64,1	52,2	-11,9
ITALIA	53,3	47,6	-5,7

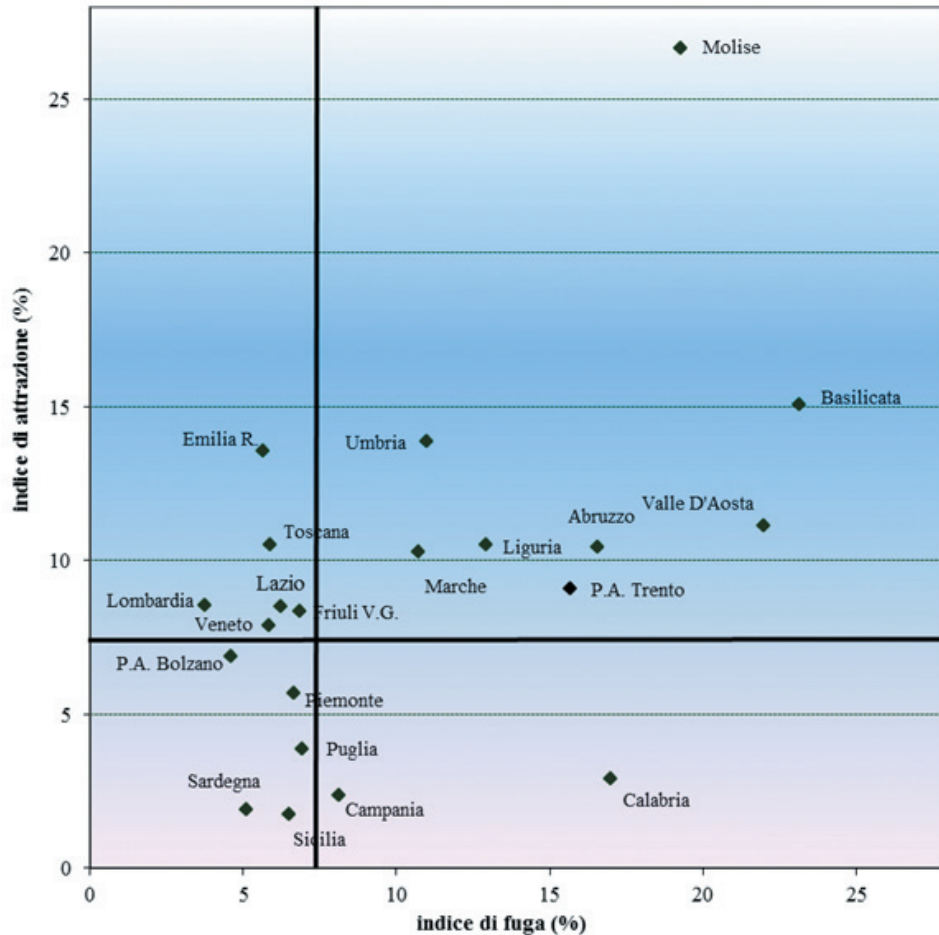
Fonte: Nucleo di Valutazione e Verifica degli investimenti pubblici in Sanità

ricongiungimenti familiari, da quella dovuta a una scarsa capacità attrattiva delle strutture locali anche per prestazioni di bassa e media intensità di cura.

I citati indicatori possono subire distorsioni interpretative quando la popolazione a cui ci si riferiscono è di dimensioni contenute. In questi casi la mobilità attiva (verso l'interno della Regione) può trovare un limite nel cosiddetto "effetto congestione", cioè nella capacità ricettiva necessariamente limitata di reti ospedaliere che insistono su territori troppo circoscritti. La mobilità passiva (verso l'esterno della Regione) può essere influenzata dal determinarsi di flussi di esodo considerati fisiologici in quanto inerenti ad una domanda di prestazioni altamente specialistiche per le quali potrebbe



Figura 8 - Indice di "Fuga" e Indice di "Attrattività". Anno 2010



Fonte SDO 2010, Ministero della Salute

essere poco vantaggioso, dal versante economico oltre che per l'incerta qualità dell'assistenza, rispondere con strutture locali a bacino di utenza eccessivamente limitato.

La Figura 8 esprime il posizionamento di ciascuna Regione in relazione ai valori di mobilità passiva ("fuga") e di mobilità attiva ("attrazione"). Il quadrante in basso a destra presenta le Regioni a consistente "fuga" (ad esempio: Calabria, Campania) mentre il quadrante in alto a sinistra mostra le Regioni a forte "attrattività" (ad esempio: Emilia Romagna, Toscana).



4.3 Ipotesi metodologica: misurazione degli effetti sull'erogazione dei servizi

L'ipotesi metodologica avviata dal Nucleo si configura come un percorso orientato a stimolare approfondimenti sulle possibili relazioni tra gli effetti degli investimenti e l'erogazione dei servizi assistenziali.

Le Regioni sono tenute a garantire l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) orientando i propri servizi a rispondere ai bisogni di salute con criteri di qualità, equità, efficienza ed appropriatezza. In tale ottica anche gli investimenti nel S.S.N. devono essere finalizzati all'integrata, concreta erogazione quali-quantitativa dei LEA e a tale scopo devono concorrere.

Preso atto che nei Programmi regionali di investimento non sempre sono riscontrabili obiettivi puntualmente definiti e misurabili, si è ritenuto possibile procedere ad una valutazione d'impatto complessiva dell'attività per grandi gruppi di categorie di investimenti. Del resto anche in presenza di obiettivi e di indicatori che ne misurassero la realizzazione risulterebbe complesso riferire la valutazione d'impatto a ciascuno degli interventi, considerato il numero molto elevato degli stessi ed anche perché interventi diversi possono essere tra loro correlati e complementari al raggiungimento degli effetti desiderati.

Pertanto è apparso ragionevole, per ciascun contesto regionale, valutare l'insieme di interventi di una determinata categoria piuttosto che valutare la ricaduta del singolo intervento in quanto i servizi operano in rete e gli indicatori, che misurano le modalità di erogazione dei LEA, sono finalizzati a valutazioni complessive dell'intera Regione⁴².

⁴² Il Decreto Legislativo n° 228/2011 - all'art. 6 già evidenziato, comma 2, lett. a) - precisa che " a) oggetto di valutazione sono di norma, singole opere pubbliche ovvero, qualora utile e pertinente, raggruppamenti di opere accomunate da legami funzionali, settoriali o territoriali...").

Le diverse categorie di interventi⁴³, così come individuate dalla metodologia MexA nella scheda tecnica per il monitoraggio dell'attuazione degli Accordi di Programma, possono essere messe in relazione con alcuni indicatori già utilizzati dal Comitato LEA⁴⁴ per la valutazione sul "mantenimento dei Livelli Essenziali di Assistenza" delle Regioni (griglia LEA in allegato).

Tali categorie, con esclusione di quelle corrispondenti alle lettere F e G (cfr. nota 43) i cui investimenti risultano di importo limitato, sono state accorpate per correlarle ai tre Livelli Essenziali di Assistenza - assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, assistenza distrettuale, assistenza ospedaliera - garantendo alcune disaggregazioni utili per la valutazione degli investimenti⁴⁵.

A seguito di tale riaggregazione, l'elenco delle categorie di investimenti potrebbe rimodularsi come segue:

Categoria intervento

- Prevenzione collettiva(A1+A2)
- Servizi territoriali - Distretti (B1)
- Servizi territoriali - Poliambulatori(B2)
- Servizi territoriali - Altre strutture(B3)
- Servizi territoriali - Tecnologie (B4)
- Residenze sanitarie assistenziali per anziani (C1)
- Residenze sanitarie assistenziali per disabili (C2)
- Ospedali (D1+D2+E1+E2+E3+E4)
- Hospice

⁴³ Le categorie di interventi di cui al Programma di investimenti sono A1: Prevenzione collettiva - Servizi di igiene pubblica; A2: Prevenzione collettiva - I.Z.S.; B1: Servizi territoriali - Distretti; B2: Servizi territoriali - Poliambulatori; B3: Servizi territoriali - Altre strutture; B4: Servizi territoriali - Tecnologie; C1: Residenze sanitarie assistenziali - RSA per Anziani; C2: Residenze sanitarie assistenziali - RSA per Disabili; D1: Ospedali - Opere; D2: Ospedali - Tecnologie; E1: Servizi generali ospedalieri - Messa a norma; E2: Servizi generali ospedalieri - Sistema informativo; E3: Servizi generali ospedalieri - Umanizzazione e comfort; E4: Servizi generali ospedalieri - Altro; F: Progetto di rilievo nazionale; G: Progetto di rilievo regionale; H: Hospice.

⁴⁴ Di cui all'art. 9 dell'Intesa in Conferenza Stato Regioni del 23 marzo 2005.

⁴⁵ DPCM 29 novembre 2001, n° 26 "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza" e s.m.i.



A ciascuna delle categorie riaggregate o *ad hoc* individuate (strutture intermedie tipo Centri di Assistenza e Prevenzione Territoriale e strutture dell’Emergenza) possono essere associate le risorse ammesse a finanziamento per gli interventi rientranti nella categoria stessa, avendo quale riferimento temporale corrispondente la II Fase del Programma.

Per ogni categoria così come sopra definita sono stati individuati indicatori tra i quali soprattutto alcuni indicatori della griglia LEA che possono consentire, per ciascuna Regione, sia una misura delle performance nel complesso dell’erogazione dei LEA sia una misura delle modalità di erogazione per ciascun aspetto assistenziale.

Nello specifico, alcuni indicatori (9,10,11) della griglia LEA possono essere direttamente “correlabili” agli investimenti di cui al Programma, perché misurano aspetti strutturali in termini di offerta (ad esempio posti letto, strutture territoriali per anziani, disabili e pazienti terminali); altri misurano aspetti di appropriatezza, efficienza e spesa e, pur non avendo una correlazione diretta, possono contribuire ad una valutazione integrata dell’impatto determinato dal programma di realizzazioni degli investimenti (ad esempio l’indicatore sulle attività condotte in materia di sanità animale e degli alimenti in relazione al numero di investimenti tecnologici e di riqualificazione dei laboratori).

Gli indicatori 15-20 valutano la capacità della Regione di erogare l’assistenza ospedaliera, misurando in particolare alcuni aspetti di deospedalizzazione/appropriatezza di *setting* assistenziale (15,16,17), di appropriatezza clinica (18,19) e di efficienza (20). In quanto tali, riflettono, seppure in forma indiretta, l’importanza di strutture adeguate nell’erogazione dell’assistenza contribuendo all’efficacia dei modelli organizzativi previsti.

Ai fini della valutazione complessiva, per ciascun indicatore e sotto-indicatore, seguendo la medesima metodologia applicata nella valutazione attraverso la griglia da parte del Comitato LEA, è attribuito un punteggio a seconda del grado di superamento/raggiungimento/scostamento rispetto al valore considerato ottimale, da un massimo di 9 a un minimo di 0 punti. Il -1 viene attribuito solo in mancanza di dati o di capacità informativa degli stessi ritenuta inadeguata. Ad ogni indicatore si associa un

peso che consente di tener conto della rilevanza della tematica trattata e dell'entità economica di questa nell'ambito del finanziamento complessivo del SSN.

Applicando il metodo, nello specifico della valutazione d'impatto, si potrebbero sommare i diversi valori massimi attribuibili a ciascun indicatore con i valori che definiscono l'intervallo di scostamento minimo ed i valori al di sotto dei quali lo scostamento non è ritenuto accettabile. Si otterrebbero, per ciascuna delle categorie individuate, due intervalli chiusi ed un intervallo aperto, corrispondenti rispettivamente al range di valutazione positiva, di valutazione negativa, di valutazione molto negativa. La valutazione potrebbe essere considerata molto positiva quando viene raggiunto il valore massimo possibile.

Nel caso l'esercitazione venisse riferita all'anno corrente, bisognerebbe evidenziare che negli anni sono state apportate modifiche, se pure lievi, alla griglia LEA sia per quanto riguarda gli indicatori, sia per i pesi che per le soglie di accettabilità. Per ovviare a tale inconveniente, i valori degli indicatori dovrebbero essere tradotti in punteggio sulla base della griglia LEA 2010, in modo da rendere omogenei i punteggi dei diversi anni.

Per quanto riguarda il triennio 2008-2010 si ritiene possibile ottenere solo il trend per le seguenti categorie di investimenti:

- Servizi territoriali- distretti
- Servizi territoriali - poliambulatori
- Servizi territoriali - altre strutture
- Residenze sanitarie assistenziali - RSA anziani
- Residenze sanitarie assistenziali - RSA disabili
- Hospice

Inoltre, al fine di superare alcuni limiti della Griglia LEA nell'adattamento alle procedure di valutazione d'impatto, diventa utile valutare per il quadriennio 2007-2010 anche altri indicatori, quali:



- Numero di posti letto ospedalieri per acuti e numero di posti letto per 1000 abitanti
- Numero di posti letto per riabilitazione e lungodegenza post-acuzie per 1000 abitanti
- Numero di ricoveri fuori Regione e percentuale sul totale dei ricoveri

Per ciascuna delle Regioni e delle Provincie autonome può essere predisposta una scheda (cfr. proposta di scheda tipo) che declina: le categorie di intervento; le risorse finanziarie ammesse a finanziamento; le risorse finanziarie ammesse a finanziamento per interventi conclusi; i punteggi attribuiti in applicazione della griglia LEA; la valutazione sintetica per categoria di interventi per anno (molto positiva/MP, positiva/P, negativa/N, molto negativa/MN) a seconda dell'intervallo nel quale è posizionato il punteggio ottenuto. Nella stessa scheda vanno riportati i valori degli indicatori sopra citati non inclusi nella griglia LEA per consentire eventuali approfondimenti più utili su specifici aspetti non presi in considerazione dalla stessa griglia⁴⁶.

⁴⁶ Per esempio, n° posti ospedalieri per mille abitanti.



Considerazioni conclusive

L'analisi dei dati e la valutazione complessiva dei fenomeni emersi nel contesto nazionale e nei diversi ambiti regionali confermano la specifica complessità del tema degli investimenti pubblici in sanità, tra tutela costituzionale del diritto alla salute e assetto federale delle potestà decisionali.

I processi di valutazione e di accompagnamento organizzativo hanno certamente sostenuto l'uso responsabile delle risorse in quelle Regioni che hanno mostrato alta capacità di *governance*. In effetti, solo alcune Regioni hanno da tempo concluso la programmazione delle risorse disponibili e ora sono in lista di attesa per i finanziamenti necessari a completare i rispettivi programmi. A fronte di ciò, permangono situazioni fortemente critiche in quelle Regioni che, oltre ad essere in ritardo nella programmazione, sono anche impegnate nei Piani di rientro della spesa sanitaria. La volontà di recupero mostrata da alcune di esse e l'affiancamento tecnico a vari livelli istituzionali sta comunque producendo risultati sensibili, con la produzione di documenti di programmazione apprezzabili. In tale modo anch'esse si pongono in lista di attesa per acquisire finanziamenti necessari al completamento del programma.

Nel complesso, gli oltre 2000 cantieri attivati nella sola II Fase del Programma hanno prodotto un numero significativo di nuove strutture ospedaliere competitive in ambito europeo ed internazionale, realizzate sulla base di progetti innovativi rispondenti alle esigenze di organizzazione degli spazi per intensità di cura. In molti casi queste



nuove strutture hanno qualificato il territorio e contribuito al risanamento urbanistico di aree degradate. La stessa riconversione di strutture ospedaliere di dimensioni inadeguate ha creato reti intermedie e nodi di servizi integrati con gli ospedali e con i nuovi servizi territoriali, quali le Case della Salute, le Unità Territoriali di Assistenza Primaria e i Distretti.

In alcuni casi anche l'acquisto appropriato di alte tecnologie diventa testimonianza di buone pratiche e di una sensibilità programmatica e gestionale, rispondente ai criteri dell'*Health Technology Assessment*. In applicazione delle indicazioni della MexA, la dotazione della strumentazione più avanzata ed economicamente più impegnativa è stata posta all'interno di una programmazione centrata su criteri di sostenibilità operativa, gestionale ed economica dell'acquisto, correlati alla localizzazione, alla selezione di spazi adeguati, alla disponibilità di personale sufficiente e preparato.

Non vanno trascurate le criticità evidenziate dalla valutazione *ex post* riguardanti le procedure, spesso condizionate dalla complessità del sistema generale della normativa sulle opere pubbliche. Le carenze e le fragilità della *governance* politica e professionale, con particolare riferimento all'inadeguatezza di molti uffici tecnici, condizionano fortemente in alcune Regioni e Aziende Sanitarie la capacità stessa di predisporre Accordi di Programma da portare a sottoscrizione e di conseguenza la correlata possibilità di richiedere finanziamenti in sede di allocazione delle risorse nel bilancio dello Stato. Inoltre, in molti contesti permane l'assenza di elementi fondamentali di conoscenza quali il censimento del patrimonio immobiliare e tecnologico e si registrano tempi lunghi di cantieramento, di avanzamento dei lavori e delle fasi esecutive degli interventi, fattori tutti che contribuiscono a determinare quella scarsa capacità complessiva di spesa, evidenziata dal tempo che intercorre tra i finanziamenti effettivamente erogati e le spese impegnate.

Una attenzione particolare merita il partenariato pubblico privato. Come è stato evidenziato, vi sono stati esempi di insuccesso e, anche tra gli interventi conclusi, l'attivazione del partenariato ha prodotto situazioni complicate evitabili. Infatti, la prima valutazione compiuta ha messo in rilievo come l'avvio della procedura di partenariato spesso non sia stata preceduta, *ex ante*, da adeguate analisi basate sugli indirizzi della

MexA e finalizzate a documentare l'effettiva convenienza e la ragionevole certezza del conseguimento degli obiettivi, da estendere all'intero ciclo di vita dell'investimento con misura dei rischi da ripartire equamente tra le parti.

Le successive riflessioni sul partenariato pubblico privato dovranno anche considerare l'impatto delle recenti norme sulla revisione della spesa e dei nuovi principi contabili, che comportano conseguenze rilevanti circa la scelta degli strumenti finanziari per la realizzazione degli investimenti.

Dal percorso fatto e dalle conoscenze acquisite emerge, nel complesso, la necessità di intensificare l'azione di accompagnamento a favore le diverse Regioni in ritardo, per stimolarne la capacità programmatica e di spesa, velocizzare i tempi di realizzazione delle opere e rendere più equilibrata la situazione su tutto il territorio nazionale.

Per agevolare linee di *policy* e di azione sistemiche e razionali, è fondamentale che i diversi livelli istituzionali condividano informazioni attendibili e confrontabili, basate sulla qualità, completezza e tempestività dei flussi informativi trasmessi dalle Regioni al Nuovo Sistema Informativo Sanitario. Si tratta, quindi, di valorizzare strumenti e metodi indispensabili alla valutazione, quali ad esempio l'Osservatorio degli Investimenti Pubblici in Sanità e l'analisi georeferenziata della rete di offerta.

La cultura della valutazione introdotta nel Paese nei recenti anni '90, contestualmente alla necessità di una maggiore attenzione all'uso efficiente ed efficace dei Fondi Strutturali europei e delle politiche unitarie di sviluppo del Paese, deve ancora crescere per giungere ad un livello di comprensione e radicamento tra i *policy maker* e quanti esercitino responsabilità istituzionali e professionali.

In conclusione appare utile raccomandare che vengano intensificate le iniziative di confronto e di accompagnamento all'uso di buone pratiche valutative, anche attraverso l'integrazione delle politiche infrastrutturali che qualificano e fecondano il territorio.

Le criticità e i risultati positivi rilevati con questo primo Report di valutazione *ex post* richiederanno ulteriori riflessioni per stabilire quanto si possa e si debba ancora fare affinché il Programma Straordinario degli Investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie



realizzi tutte le sue potenzialità e questo imponente sforzo produca quella esemplare rideterminazione dell'organizzazione infrastrutturale garante di una più equa e uniforme offerta di servizi sanitari di qualità.

Allegato - Griglia LEA

GRIGLIA LEA 2010								
N.	Livello di assistenza	Definizione	Peso	Punteggi di valutazione				
				Valore normale 9	Scostamento minimo 6	Scostamento rilevante ma in miglioramento 3	Scostamento non accettabile 0	Dato mancante o palesemente errato -1
1	Prevenzione	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi)	1	tutte >= 95%	tutte >= 93%	tutte < 93%	più di 1 < 93%	
		Vaccinazioni raccomandate (MFR, influenza nell'anziano)	0,2	>= 90%	87% - 90%	< 87% e in aumento	< 87% e non in aumento	
			0,2	>= 70%	60% - 70%	< 60% e in aumento	< 60% e non in aumento	
2	Prevenzione	Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto	0,6	score >= 9	score 7 - 8	score 5 - 6	score 0 - 4	
3	Prevenzione	Costo pro-capite assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro	1	>= 85	80 - 85	< 80 e in aumento	< 80 e non in aumento	mancante dopo il 30 giugno o espresso in altra unità di misura
4	Prevenzione salute nei luoghi di lavoro	Percentuale di imprese attive sul territorio controllate	0,5	>= 5,0%	2,5% - 5,0%	< 2,5% e in aumento	< 2,5% e non in aumento	mancante o espresso in altra unità di misura
5	Prevenzione	Percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina	0,4	>= 98%	95% - 97,9%	90% - 94,9%	< 90%	
		Percentuale di allevamenti controllati per brucellosi ovicaprina, bovina bufalina	0,4	>= 98%	95% - 97,9%	90% - 94,9%	< 90%	
		Percentuale di aziende ovicaprime controllate (3%) per anagrafe ovicaprina	0,1	>= 98%	95% - 97,9%	90% - 94,9%	< 90%	
6	Prevenzione	Percentuale dei campioni analizzati su totale dei campioni programmati PIANO NAZIONALE RESIDUI (farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale) - Decreto legislativo 158/2006	0,3	>= 98%	90% - 97,9%	80% - 89,9%	< 80%	
		Percentuale di campionamenti effettuati sul totale dei programmati, negli esercizi di commercializzazione e di ristorazione, articoli 5 e 6 del DPR 14/07/95	0,3	>= 70%	50% - 69,9%	30% - 49,9%	< 30%	
7	Distrettuale	Somma ponderata di tassi specifici per alcune condizioni patologiche evitabili in ricovero ordinario: asma pediatrico, complicanze del diabete, scompenso cardiaco, infezioni delle vie urinarie, polmonite batterica nell'anziano, BPCO. (Indice pesato per fasce d'età)	1	<= 600	600 - 650	> 650 e in diminuzione	> 650 e non in diminuzione	
8	Distrettuale anziani	Percentuali di anziani >= 65 anni trattati in ADI	1	>= 4%	3,5% - 4%	< 3,5% e in aumento	< 3,5% e non in aumento	indicatore calcolato con dati carenti o incompleti
9	Distrettuale anziani	Numero di posti equivalenti per assistenza agli anziani in strutture residenziali ogni 1000 anziani residenti	1,25	>= 10	6 - 9,9	< 6 e in aumento	< 6 e non in aumento	indicatore calcolato con dati carenti o incompleti
10	Distrettuale disabili	Numero di posti equivalenti residenziali e semiresidenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1000 residenti	1	>= 0,6	0,5 - 0,59	< 0,5 e in aumento	< 0,5 e non in aumento	indicatore calcolato con dati carenti o incompleti
11	Distrettuale malati terminali	Posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore (per 100)	1	> 1	>= 0,5 e in aumento	>= 0,5 e non in aumento	< 0,5	indicatore calcolato con dati carenti o incompleti
12	Distrettuale farmaceutica	Costo percentuale dell'assistenza farmaceutica territoriale (comprensiva della distribuzione diretta e per conto)	2	<= 13,6%	13,6% - 15%	> 15% e in diminuzione	> 15% e non in diminuzione	mancante dopo il 30 giugno
13	Distrettuale	Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica per 100 residenti	0,75	5,1 - 7,5 estremi inclusi	3 - 5,1 o 7,5 - 9	< 3 e in aumento o > 9 e non in aumento	< 3 e non in aumento o > 9 e in aumento	
14	Distrettuale salute mentale	Utenti presi in carico dai centri di salute mentale per 100.000 ab.	1	>= 1.000	500 - 1.000	< 500 e in aumento	< 500 e non in aumento	dati mancanti o palesemente errati
15	Ospedaliera	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per 1.000	2	<= 180	180 - 190	> 190 e non in aumento	> 190 e in aumento	
		Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico	1	<= 10	10 - 15	> 15 e in diminuzione	> 15 e non in diminuzione	
16	Ospedaliera	Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari	1	>= 36%	33% - 36%	< 33% e in aumento	< 33% e non in aumento	
17	Ospedaliera	Tasso ospedalizz. stnd. di ricoveri ordinari (di 2 o più giornate) attribuiti a DRG a alto rischio di inappropriatazza (Patto della salute 2010-2012)	2	<= 23	23 - 27	> 27 e in diminuzione	> 27 e non in diminuzione	
18	Ospedaliera	Percentuale parti cesarei	1	< 30%	30% - 35%	> 35% e in diminuzione (almeno 1%)	> 35% e non in diminuzione di almeno 1%	
19	Ospedaliera	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 3 giornate in regime ordinario (sono esclusi decessi, dimissioni volontarie e trasferiti)	1	>= 60%	50% - 60%	< 50% e in aumento	< 50% e non in aumento	
20	Ospedaliera	Degenza media trimata standardizzata per case-mix	2	<= 6	6 - 6,2	> 6,2 e non in aumento	> 6,2 e in aumento	
21	Emergenza	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	1	<= 18	19 - 21	22 - 25	>= 26	
			Valutazione	Intervallo				
			Adempiente	> 160				
			Adempiente con impegno su alcuni indicatori	> 130 - 160				
			Critica	< 130				

Riferimenti normativi e bibliografici

Legge 11 marzo 1988, n° 67 - "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1988)". G.U. n° 61 del 14-3-1988

Legge 135 - 5 Giugno 1990 - "Piano degli interventi urgenti in materia di prevenzione e lotta all'AIDS". G.U. n° 132, 8 giugno 1990.

Legge 23 dicembre 1996, n° 662 - "Misure di razionalizzazione della finanza pubblica". G.U. n° 303 del 28 dicembre 1996

Legge 23 dicembre 1998, n° 448 - "Misure di finanza pubblica per la stabilizzazione e lo sviluppo". G.U. n° 302 del 29 dicembre 1998 - Supplemento Ordinario n° 210

Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n° 229 - "Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, a norma dell'art. 1 della l. 30 novembre 1998, n° 419". G.U. n° 165 del 16 luglio 1999 - Supplemento Ordinario n° 132

Legge 23 dicembre 1999, n° 488 - "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2000)". G.U. n° 302 del 27-12-1999 - Supplemento Ordinario n° 227

Legge 17 maggio 1999, n° 144 - "Misure in materia di investimenti, delega al Governo per il riordino degli incentivi all'occupazione e della normativa che disciplina l'INAIL, nonché disposizioni per il riordino degli enti previdenziali". G.U. n° 118 del 22 maggio 1999 - Supplemento Ordinario n° 99

Regolamento generale dei fondi strutturali (CE) n. 1260/1999, GUCE n° L 161 del 26 giugno 1999



Legge 23 dicembre 2000, n° 388 - "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2001)". G.U. n°302 del 29 dicembre 2000 - Supplemento Ordinario n° 219

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001. "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza"

Legge 30 dicembre 2004, n° 311 - "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005)" G.U. n°. 306 del 31 dicembre 2004- Supplemento Ordinario n° 192

Silvia Boni, Amelia Mutti, Stefania Pappalardo (a cura di), *La programmazione sanitaria: metodologie e strumenti di valutazione per le regioni e le aziende sanitarie*, Formez, Azioni di sistema per la pubblica amministrazione, 26, 2005

Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano - Intesa 23 marzo 2005, ai sensi dell'art. 8, c. 6, della l. 5 giugno 2003, n° 131, in attuazione dell'art. 1, c. 173, della l. 30 dicembre 2004, n° 311. G.U. n° 105 del 7 Maggio 2005

Legge 23 dicembre 2005, n° 266 - "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2006)". G.U. n° 302 del 29 dicembre 2005 - Supplemento ordinario n° 211

Decreto Ministero della Salute 12 maggio 2006 - "Requisiti minimi per l'istituzione, l'organizzazione e il funzionamento dei Comitati etici per le sperimentazioni cliniche dei medicinali". G.U. n° 194 del 22 Agosto 2006

Legge 27 dicembre 2006, n° 296 - "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2007)". G.U. n°299 del 27 dicembre 2006 - Supplemento ordinario n° 244

Legge 24 dicembre 2007, n° 244 - "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2008)". G.U. n° 300 del 28 dicembre 2007 - Supplemento ordinario n° 285

Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, sul documento proposto dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali recante "Adeguamento e linee applicative degli Accordi ex articolo 34, c. 2 e 37, c. 2 del D. lgs. 9 aprile 2008, n° 81 e successive modificazioni e integrazioni. (Lavoro e Politiche Sociali - Salute). Accordo ai sensi dell'articolo 4 del D. lgs. 28 agosto 1997, n° 281

CIPE, Deliberazione 18 dicembre 2008. Modifica delibera CIPE n° 4/2008 relativa al riparto tra le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano della disponibilità stanziata dall'art. 1, c. 796, lettera n) della l. n° 296/2006, per la prosecuzione del programma pluriennale nazionale straordinario di investimenti in sanità di cui all'articolo 20 della legge n° 67/1988 e successive modificazioni. (Deliberazione n° 98/2008); G.U. Serie Generale, n° 63 del 17 marzo 2009.

CIPE, Decreto 18 dicembre 2008. Riparto delle risorse finanziarie, pari a 3 miliardi di euro, stanziata dalla legge 24 dicembre 2007, n° 244, per la prosecuzione del programma pluriennale nazionale straordinario di investimenti in sanità – art. 20, l. 11 marzo 1988, n° 67 e successive modificazioni. (Del. n° 97/2008). G.U. Serie Generale, n° 64 del 18 marzo 2009

Legge 23 dicembre 2009, n° 191 - "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2010)". G.U. n° 302 del 30 dicembre 2009 - Supplemento ordinario n° 243

Legge 31 dicembre 2009, n° 196 - "Legge di contabilità e finanza pubblica". G.U. n° 303 del 31 dicembre 2009 - Supplemento ordinario n° 245

G. Marchesi, L. Tagle, B. Befani, *Approcci alla valutazione degli effetti delle politiche di sviluppo regionale*, Materiali UVAL, Numero 22 (Metodi), anno 2011

European Regional Development Fund and Cohesion Fund, *Concepts and Ideas – Monitoring and Evaluation in the practice of European Cohesion Policy 2014*, Paper for discussion, April 2011

Decreto legislativo 23 giugno 2011, n° 118 - "Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei



loro organismi, a norma degli art. 1 e 2 della l. 5 maggio 2009, n° 42” (art. 29 lettera b).

Decreto Legislativo 29 dicembre 2011, n° 228 - “Attuazione dell’art. 30, c. 9, lettere a), b), c) e d) della l. 31 dicembre 2009, n° 196, in materia di valutazione degli investimenti relativi ad opere pubbliche”. G.U. n°30 del 6 febbraio 2012

Rapporto n° 13 del Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato: “Tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario” – aggiornamento 2012

Relazione Generale sulla situazione economica del Paese 2011, presentata al Parlamento dal Presidente del Consiglio dei Ministri e Ministro dell’Economia e delle Finanze Sen. Prof. Mario Monti, 15 giugno 2012

Decreto Legge 6 luglio 2012 n°95 “Spending Review”, convertito dalla l. 7 agosto 2012 n°135

Documento programmatico del Governo dal titolo “Obiettivo Crescita, l’Agenda del Governo”. 28 agosto 2012

Indice tabelle e figure

- Tabella 1. Distribuzione Finanziamenti complessivi. I Fase (1988-1997) e II Fase (1998 - 2012)	22
- Tabella 2. Distribuzione Finanziamenti iniziali e Finanziamenti integrativi. II Fase (1998 - 2012)	24
- Tabella 3. Distribuzione dei Finanziamenti per Accordi di Programma (sottoscritti e da sottoscrivere). II Fase	25
- Tabella 4. Distribuzione dei Finanziamenti per Accordi di Programma sottoscritti	26
- Tabella 5. Distribuzione % dei Finanziamenti per Accordi di Programma sottoscritti	27
- Tabella 6. Distribuzione delle Revoche dei Finanziamenti negli Accordi sottoscritti	33
- Tabella 7. Distribuzione degli ospedali per anno di costruzione	51
- Tabella 8. Distribuzione delle strutture di ricovero pubbliche ed accreditate - Anni 2001-2011	52
- Tabella 9. Distribuzione % dei Finanziamenti per Tipologie di Servizi. II Fase	53
- Tabella 10. Distribuzione del Numero di Interventi per Tipologie di Servizi. II Fase	54
- Tabella 11. Riduzione posti letto Acuti e non Acuti. Strutture di ricovero pubbliche e accreditate.Indicatori per mille abitanti. Anni 2001-2011	71



- Tabella 12. Differenza % dei ricoveri ordinari sul totale dei ricoveri per i DRG “ad alto rischio di appropriatezza”. Ricoveri per Acuti. Anni 2011-2007	74
- Figura 1. Composizione dei Finanziamenti Pubblici e Privati. Accordi di programma 1999 -2005	35
- Figura 2. Composizione dei Finanziamenti Pubblici e Privati. Accordi di programma 2006 -2012	35
- Figura 3. Tempi di ammissione ai finanziamenti. II Fase	58
- Figura 4. Tempi di cantieramento. II Fase	59
- Figura 5. Variazione dei costi degli interventi. II Fase	61
- Figura 6. Avanzamento medio per anno dei lavori. II Fase	62
- Figura 7. Tasso di ospedalizzazione in Italia. Anni 2001-2011	73
- Figura 8. Indice di “Fuga” e Indice di “Attrattività”. Anno 2010	75

Il Nucleo di Valutazione e di verifica degli investimenti pubblici del Ministero della Salute è stato istituito in attuazione dell'art. 1 della legge 144/1999, nel contesto più ampio di rilancio delle politiche per gli investimenti nel Paese, in coerenza con i processi per lo sviluppo in ambito europeo e per l'utilizzo dei Fondi Strutturali.

Per una proficua collaborazione con le Regioni, il Nucleo ricerca strumenti e metodi condivisi, indicatori e valori target, nell'ottica di attuare, attraverso gli Accordi di Programma per gli investimenti di settore, i principi e gli obiettivi definiti dalla programmazione sanitaria nazionale e regionale.

Il Nucleo è stato costituito con DM 27.09.2000, ed è stato aggiornato con successivi decreti fino al Decreto Ministeriale 12.09.2012.

Il presente documento è consultabile online sul portale del Ministero della Salute (www.salute.gov.it) area e sito tematico: "Investimenti in sanità", capitolo "Nucleo di Valutazione" paragrafo "Eventi e pubblicazioni".