



18 GIU. 1997

Ministero della Sanità

Roma
19
Agli Assessori alla Sanità delle Regioni
e delle Province autonome

Agli IRCCS, ai Policlinici Universitari
e agli IZS in elenco allegato

All'Istituto Superiore di Sanità

Ai Commissari di Governo

LORO SEDI

DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE
Lungotevere Ripa, 1 - 00153 ROMA

N.° 100/SCS/6. 7691
Risposta al Foglio del
N.°

OGGETTO:

Programma straordinario di investimenti ex art. 20 legge 67/1988 e successive modifiche. Avvio della seconda fase.

Il CIPE, con deliberazione in data 21 marzo 1997, pubblicata in G.U. 30 maggio 1997, n. 124, ha approvato il documento proposto da questo Ministero per l'avvio della seconda fase del Programma straordinario di investimenti previsto dalla legge 11 marzo 1988 n. 67, art. 20 e successive modifiche. Con questo atto si apre formalmente la seconda fase del Programma citato e si rende possibile il completamento organico delle iniziative nel settore degli investimenti in sanità, avviate dalle regioni e dalle province autonome, consentendo di affrontare con determinazione e incisività la persistente diffusa inadeguatezza funzionale delle strutture sanitarie, mediante una mirata e globale azione di riqualificazione e di ammodernamento strutturale e tecnologico.

Si tratta, come è noto, di un programma di particolare importanza per le aspettative degli operatori e degli utenti del Servizio sanitario nazionale, per l'impegno finanziario che rappresenta e per i profili di spiccato interesse socio economico e occupazionale connessi alla realizzazione di opere di interesse pubblico.

La legge 11 febbraio 1997 n. 21, di conversione del decreto legge 630 del 13 dicembre 1996, recante: "Finanziamento dei disavanzi delle aziende unità sanitarie locali al 31 dicembre 1994 e copertura della spesa farmaceutica per il 1996" prevede la copertura degli oneri a carico dello Stato per mutui assumibili nel corso degli anni 1997 e 1998 destinati a interventi per un ammontare complessivo, al momento, stimabile in 2.500 miliardi circa. Si rende, pertanto, concretamente disponibile il finanziamento per avviare la seconda fase.

Con la presente nota si indicano gli obiettivi, le modalità e i tempi stabiliti per la realizzazione di questa seconda fase del programma.

Obiettivi

Si confermano gli obiettivi inizialmente previsti dall' art. 20 della legge 67/1988, non modificati dalla normativa successiva, e che di seguito si riportano:

- 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 la domanda di ricovero;
- b)** sostituzione del 20 per cento dei posti letto a più elevato degrado strutturale;
- c)** ristrutturazione del 30% 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% dei posti letto, la cui funzionalità è ritenuta sufficiente;
- e)** completamento della rete dei presidi poliambulatoriali extraospedalieri ed ospedalieri 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 ...;
- i)** conservazione all'uso pubblico dei beni dismessi.

Il disposto della legge 492/1993, che modifica in parte l'art. 20 della legge 67/1988, attribuisce alle regioni la responsabilità della programmazione degli interventi e, all'art. 4, comma 2 bis, specifica che "le regioni programmano gli interventi nell'ambito delle quote di finanziamento ... che saranno loro assegnate, privilegiando i cantieri sospesi, le opere di completamento, quelle di ristrutturazione o comunque tutte le opere che garantiscano una concreta, immediata cantierabilità ed una rapida conclusione dei lavori...".

Di conseguenza un primo aspetto prioritario per la seconda fase del programma straordinario di investimenti è rappresentato dalla esigenza di assicurare i completamenti delle opere iniziate con i finanziamenti del primo

triennio. Tali completamenti vanno, comunque, esaminati nel quadro del cambiamento in atto, relativo alla ristrutturazione dell'intera rete ospedaliera che le regioni devono aver definito alla data del 31 dicembre scorso.

Priorità

Inoltre, al fine di corrispondere alle nuove esigenze scaturite dalla recente normativa in materia di riorganizzazione del servizio sanitario e di razionalizzazione della spesa, si ritiene che, nell'ambito degli obiettivi generali del programma, le priorità, funzionali alle esigenze di rinnovamento strategico degli interventi in materia di edilizia sanitaria, debbano essere ridefinite come segue.

Strutture ospedaliere:

- **Adeguamento agli standard indicati dalla legge 18/7/1996 n. 382 di conversione del decreto legge 17/5/1996 n. 280 recante "Disposizioni urgenti nel settore sanitario".** Detta legge, all'art. 1 comma 2-ter, dispone che i finanziamenti di cui al programma ex art. 20 legge 67/1988 devono essere prioritariamente finalizzati ai progetti funzionali al raggiungimento dei seguenti parametri:
 - utilizzazione dei posti letto ad un tasso non inferiore al 75% in media annua;
 - standard di dotazione media di 5,5 posti letto per mille abitanti, di cui l'1 per mille riservato alla riabilitazione ed alla lungodegenza post acuzie;
 - tasso di spedalizzazione del 160 per mille.

In relazione a quanto, inoltre, disposto dalla citata legge 382/1996, le regioni, attraverso il programma di investimenti, devono procedere alla ristrutturazione della rete ospedaliera operando le trasformazioni di destinazione, gli accorpamenti, le riconversioni e le disattivazioni necessari, con criteri di economicità e di efficienza di gestione.

Gli interventi strutturali devono essere prioritariamente finalizzati a realizzare il modello dipartimentale nell'organizzazione interna degli ospedali, "al fine di consentire a servizi affini e complementari di operare in forma coordinata per evitare ritardi, disfunzioni e distorto utilizzo delle risorse finanziarie".

- **Adeguamento alle misure in materia di sanità disposte dalla legge 23/12/1996 n. 662 "Misure per la razionalizzazione della finanza pubblica".** Detta legge, all'art. 1 comma 1, dispone che il programma relativo alla ristrutturazione della rete ospedaliera deve essere coerente con quanto stabilito in materia di riduzione di posti nelle singole unità operative con tasso di rendimento inferiore al 75%, con l'eccezione dei posti di terapia intensiva, rianimazione, malattie infettive, attività di trapianto di organi e di midollo osseo, unità spinali. Inoltre, all' art. 1 comma 4, dispone un incremento dei posti equivalenti di assistenza ospedaliera diurna di cui al DPR 20/10/1992, fino ad una dotazione media regionale non inferiore al 10% dei posti letto della dotazione standard per acuti prevista dalla normativa vigente.
- **Sistemazione di spazi per l'esercizio della libera professione:** a tale proposito si rammenta che la legge 23 dicembre 1996, n. 662 consente ai direttori generali delle Aziende sanitarie e delle Aziende ospedaliere, al fine di attivare ed incentivare l'attività libero professionale, di proporre alle regioni specifici programmi per la ristrutturazione dei presidi sanitari da realizzare nell'ambito dei programmi di edilizia sanitaria di cui all'art. 20 della legge 11 marzo 1988.
- **Applicazione dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie.** Il DPR 14 gennaio 1997 ha approvato l'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome ex art. 8 comma 4 del D.Lgs 502/1992 e successive modifiche. Detto decreto, all'art. 3, stabilisce che i requisiti minimi, definiti con il decreto medesimo, trovano immediata applicazione nel caso di realizzazione di nuove strutture e di ampliamento o trasformazione di strutture esistenti.
Le strutture in esercizio devono, comunque, adeguarsi entro i termini che saranno stabiliti dalle regioni e non mai oltre cinque anni dall'entrata in vigore del decreto suddetto.
- **Miglioramento degli aspetti alberghieri e dell'accoglienza.** La necessità di porre attenzione agli aspetti strutturali della qualità percepita dagli utenti trovano fondamento nel D.Lgs. 30/12/1992 n. 502, e successive modificazioni e integrazioni, che introduce il principio del costante adeguamento delle strutture e delle prestazioni alle esigenze dei cittadini, da realizzarsi attraverso uno

specifico sistema di indicatori per la valutazione delle dimensioni qualitative del servizio riguardanti, in particolare, l'umanizzazione e la personalizzazione dell'assistenza. Con il decreto 15 ottobre 1996, in G.U. 18/1/1997, sono stati individuati una serie di indicatori quale strumento ordinario per la verifica della qualità dei servizi e delle prestazioni, per rispondere alle esigenze valutative dei vari livelli di governo del S.S.N.. In relazione agli interventi strutturali riferiti alla qualità percepita, dovranno essere tenuti presenti anche indicatori specifici di domanda e di accessibilità di cui al decreto ministeriale 24 luglio 1995, in G.U. 10/11/1995 n. 263.

- **Completamento della rete dell'emergenza**, con priorità ai posti letto di rianimazione, finalizzati anche ai trapianti. Con Decreto del Presidente della Repubblica del 27 marzo 1992 è stato emanato l'Atto di indirizzo e coordinamento per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza. In applicazione di detto decreto, tenuto conto della evoluzione legislativa e dell'esperienza di numerose regioni, con Atto di intesa tra Stato e regioni, pubblicato in G.U. 17/5/1996, sono state approvate le Linee di guida sul sistema di emergenza-urgenza. Nel procedere alla riorganizzazione della rete ospedaliera, identificate le diverse esigenze delle aree territoriali, le regioni procedono, tra l'altro, alla riorganizzazione e al potenziamento dei posti letto delle unità operative di rianimazione e terapia intensiva e delle altre terapie intensive specializzate (UTIC, terapia intensiva neonatale, centri ustione, etc.). L'incremento dei posti di terapia intensiva previsto dalle linee guida, e la relativa organizzazione, permettono di affrontare in modo adeguato anche i problemi derivanti dalle attività chirurgiche e di prelievo e trapianto di organi.
- **Potenziamento delle unità spinali**. L'Atto di intesa tra Stato e regioni di approvazione delle linee guida sui sistemi di emergenza sanitaria in applicazione del DPR 27 marzo 1992, pubblicato in G.U. 17/5/1996, definisce l'unità spinale nonché gli ambiti e le caratteristiche operative. In detto documento l'unità spinale viene identificata come modello assistenziale di particolare qualificazione da collocare nei DEA di secondo livello, assicurando una equilibrata diffusione sul territorio nazionale ed una stretta interrelazione con le centrali operative delle regioni.

- **Adeguamento delle strutture alla normativa prevista dal d.lgs 626/1994.** Ai fini del miglioramento della sicurezza e della salute nei luoghi di lavoro, si richiamano le norme in attuazione delle direttive CEE in materia, al fine di garantire, in primo luogo nelle strutture sanitarie, soluzioni tecniche e requisiti di sicurezza per alcune situazioni emergenti quali la corretta eliminazione dei materiali e dei rifiuti contaminati, sistemi di protezione antincendio, antisismica e acustica, sicurezza elettrica e continuità elettrica, sicurezza antinfortunistica, protezione delle radiazioni ionizzanti e pronto soccorso in casi di emergenza, la protezione da agenti cancerogeni, la protezione da agenti biologici, le misure specifiche per i laboratori e per gli stabulari, con riferimento alle specifiche norme nazionali, regionali e locali (DPR 20/2/1997).
- **Miglioramento delle strutture di lungodegenza:** l'art. 1 della legge 18 luglio 1996 n. 382, al comma 2 ter, prevede che, nell'ambito dell'atto programmatico di carattere generale finalizzato alla ristrutturazione della rete ospedaliera, le regioni riservino l'1 per mille del 5,5 della dotazione di posti letto per mille abitanti, alla riabilitazione e alla lungodegenza post acuzie in ambito ospedaliero. L'obiettivo del miglioramento delle strutture esistenti comporta una verifica della distribuzione territoriale delle stesse ed una ricerca di soluzioni alternative come indicato dall' 1 comma 3 della legge 23/12/1996 n.662, al fine di contenere le richieste di ricovero ospedaliero.

Strutture per anziani:

- **Completamento del programma di realizzazione di RSA.** Per quanto concerne le RSA, considerato il carattere strategico dell'intervento e l'obiettivo di 140 mila posti individuato dalla legge 67/1988, è necessaria una puntuale verifica delle previsioni a suo tempo effettuate ed una ricognizione dell'esistente, con l'evidenziazione di :
 - a) RSA finanziate con il primo triennio, specificandone lo stato di attuazione;
 - b) RSA realizzate con fondi regionali;
 - c) RSA ritenute necessarie per completare il programma decennale.

Le Regioni nel nuovo programma dovranno specificare gli interventi da realizzare, tenuto conto dell'inserimento della RSA in una rete integrata di servizi che ottimizzi l'uso dell'esistente e migliori la fruibilità delle attività da parte del cittadino utente anziano o disabile. Pertanto, il nuovo programma dovrà essere

definito sulla base dell'analisi specifica dei bisogni attualmente espressi dalla singola azienda, tenuto conto delle peculiari caratteristiche ambientali, sociali, culturali, geomorfologiche del bacino di utenza considerato, nonché dell'offerta di servizi esistente anche in ambito del privato o privato no profit.

Strutture territoriali:

- **Realizzazione delle strutture connesse ai Dipartimenti di salute mentale.** Tale assetto organizzativo è indicato nel DPR 7/4/1994, progetto obiettivo "Tutela della salute mentale 1994/1996". Inoltre, le disposizioni di cui alla legge 23 dicembre 1996 n. 662 riconfermano la definitiva chiusura degli ex ospedali psichiatrici già prevista dalla legge 23 dicembre 1994 n. 724 e, in pari tempo, ribadiscono l'adozione di appositi strumenti di pianificazione riguardanti gli indirizzi del citato progetto-obiettivo. In particolare, l'art. 1, comma 25 della citata legge 662/1996, prevede che le regioni debbano dare priorità alla realizzazione dei centri diurni e delle case alloggio da destinare ai pazienti dimessi dagli ex ospedali psichiatrici. In proposito si richiamano anche le linee-guida emanate dal Ministero della sanità in data 20 dicembre 1996 ed in particolare il paragrafo in cui si trattano le Residenze sanitarie destinate a persone ancora ricoverate negli ex Ospedali psichiatrici.
- **Completamento delle strutture distrettuali.** L'articolazione organizzativo-funzionale della USL in distretti, già previsti dalla legge 833/1978 quali strutture tecnico funzionali per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento, è da attuare sulla base del disposto dell'art. 3, comma 5, lett. b) del D. Lgs. 502/1992, e successive modifiche, al fine di realizzare, in ambito extraospedaliero, un elevato livello di integrazione tra i servizi sanitari e tra questi e i servizi socio-assistenziali.
- **Completamento e miglioramento dei consultori.** L'intervento in questo settore corrisponde alla volontà espressa dal legislatore con l'art. 3, comma 4 della legge 31/1/1996 n. 34, che dispone una riserva di 200 miliardi da destinare, in via prioritaria, quale anticipazione sulla quota di finanziamento relativa alla seconda fase, al settore materno infantile. Detta riserva implica una verifica dello stato di attuazione della rete consultoriale nonché un forte impulso innovativo nel campo tecnologico e strutturale finalizzato a strutture che applicano tecnologie appropriate previste dall'O.M.S. per l'assistenza e la

preparazione al parto, ed alla realizzazione di una rete distrettuale di servizi funzionali alle finalità del piano sanitario nazionale e dei piani sanitari regionali. I programmi regionali dovranno, pertanto, contenere previsioni specifiche di intervento in detto settore.

- **Miglioramento e potenziamento delle strutture di riabilitazione.** In relazione a quanto stabilito con DPR 14 gennaio 1997, in materia di requisiti minimi, i presidi di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali devono presentare caratteristiche strutturali correlate alla specificità della riabilitazione svolta, ai moduli nei quali si articola l'assistenza, alla tipologia di degenza, diurna o continuativa, erogata.

Si ricorda che per tutti i settori di intervento deve essere tenuta presente la necessità di affrontare l'aspetto della **manutenzione** attraverso la definizione di un programma organico che garantisca il mantenimento in efficienza delle strutture, con esclusione di semplici interventi manutentivi. Si rammenta, in proposito, che la legge sui lavori pubblici 11 febbraio 1994, n. 109 come modificata con la legge 2 giugno 1995 n. 216 di conversione del D.L. 3 aprile 1995 n. 101, prevede che ogni progetto esecutivo "deve essere, altresì, corredato da apposito piano di manutenzione dell'opera..."

Si aggiunge che, avuto riguardo agli obiettivi come sopra definiti, interventi frammentari e di scarsa consistenza economica risultano palesemente incompatibili.

Modalità per la definizione del programma nazionale attraverso i programmi regionali

Per la definizione del programma nazionale relativo alla seconda fase è necessaria la formulazione dei programmi regionali o provinciali da parte di ciascuna Regione o Provincia Autonoma. Il programma relativo alla seconda fase deve completare il programma decennale nell'ambito del quale sono collocate le opere finanziate nella prima fase.

La straordinaria occasione di completare e di perfezionare il parco strutturale e tecnologico del Servizio sanitario regionale consente di realizzare gli obiettivi prefissati, attraverso soluzioni programmatiche di ampio respiro che possono evidenziare:

- la effettuata verifica della situazione relativa ai singoli presidi esistenti attraverso un esplicito censimento delle risorse strutturali attive da mantenere, da ampliare, da ristrutturare, da trasformare o da realizzare ex novo;
- le ragioni della scelta riferite puntualmente alla domanda da soddisfare, alle previsioni di utilizzo dell'opera, alla quantità delle prestazioni e degli interventi che si intendono effettuare, ai costi di gestione;
- la coerenza con le disposizioni normative vigenti, in precedenza citate;
- la eventuale presenza di progettazione esecutiva, definitiva o preliminare;
- la certificazione della previsione di pieno utilizzo delle opere finanziate con le risorse assegnate, già realizzate o in corso di realizzazione;
- le caratteristiche tipologiche, la localizzazione, le finalità, i risultati attesi, la stima dei costi, le fonti di cofinanziamento, i tempi previsti di realizzazione e di attivazione dell'opera.

Ai fini della conoscenza del valore strategico dell'intervento dovrebbe essere evidenziato come lo stesso sia compatibile con le linee di tendenza demografiche del territorio di interesse, con i flussi di mobilità che con lo stesso si intendono modificare, con i risultati attesi in termini di miglioramento della attuale situazione complessiva di accessibilità alle strutture.

Si tratta, in sostanza, di fornire una sintetica relazione generale che evidenzi gli aspetti strategici del programma, nonché, per ogni intervento, una relazione illustrativa delle ragioni della scelta della soluzione prospettata.

L'osservanza delle indicazioni suddette e, in particolare, la preventiva adeguata considerazione di tutti gli aspetti che potrebbero condizionare la fattibilità e la fruibilità dell'intervento sono utili a scongiurare ritardi nel rispetto dei termini previsti nelle varie fasi, seppure snellite, del procedimento per la fruizione dei mutui necessari alla esecuzione dell'opera e, di conseguenza, richieste di proroghe, che attualmente si registrano in aumento.

I Programmi delle regioni e delle province autonome devono essere articolati in annualità per poter prevedere un regolare flusso di cassa e poter consentire una verifica dell'andamento della spesa.

Si fa presente, in armonia con l'orientamento generale registrato a livello europeo, finalizzato alla difesa del suolo, l'opportunità di tenere in considerazione l'esistente e di ottimizzare gli interventi di recupero e di riuso.

Per il singolo intervento sarà utile evidenziare la compatibilità con la situazione infrastrutturale di riferimento nonché la coerenza con eventuali programmi di investimento in opere infrastrutturali che ne garantiscano o ne migliorino l'accessibilità.

Per omogeneità di impostazione dell'intero piano di investimenti, gli interventi che compongono il programma regionale devono essere collocati nelle categorie adottate nel primo triennio: cat. A - prevenzione collettiva; cat. B - servizi territoriali; cat. C - residenze sanitarie assistenziali; cat. D - ospedali; cat. E - servizi generali; cat. F - programmi di rilievo nazionale; cat. G. programmi di rilievo locale.

Ai fini della conoscenza dell'impegno finanziario globalmente assorbito dal settore della sanità, a margine del programma di investimenti ex art. 20, occorre che le Regioni rappresentino tutti gli eventuali ulteriori interventi di edilizia sanitaria in itinere, finanziati da fonti diverse.

Tra i requisiti richiesti nel documento approvato dal CIPE, si ritiene di dover sottolineare, quale aspetto innovativo, l'attenzione posta all'attivazione dell'opera ed alla presenza di un piano preciso che consenta l'immediata fruizione del servizio a lavori ultimati.

Ciò richiede una preliminare *verifica* e conseguente *certificazione* circa il pieno utilizzo delle opere già finanziate e realizzate. Dovrà, pertanto, essere documentato l' utilizzo delle somme assegnate per il primo triennio e dovranno essere fornite informazioni circa l'eventuale stato del cantiere, il costo dell'opera per la parte realizzata, l'ammontare del finanziamento che si chiede sul secondo triennio e che dovrebbe coprire il costo dell'intera opera.

Conclusivamente, si è dell'avviso che ciascuna Regione e Provincia autonoma, sulla base dell'assegnazione decennale a suo tempo definita e delle risorse impegnate nel primo triennio, predisponga il programma relativo all'ulteriore periodo, indicando per ciascun progetto le fasi di realizzazione, il costo globale dell'opera e le fonti dell'intero finanziamento.

Tempi

Le regioni e le province autonome, entro 90 giorni dal ricevimento della presente comunicazione, dovranno trasmettere allo scrivente Ministero i programmi per il completamento del programma decennale di investimenti.

Entro i 30 giorni successivi all'acquisizione dei programmi regionali e provinciali, questo Ministero, sentita la Conferenza per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, presenterà al CIPE la richiesta di approvazione del Programma nazionale.

Le risorse

La tabella allegata evidenzia, nell'ultima colonna, la quota da assegnare a ciascuna regione, risultante dalla differenza tra la previsione complessiva decennale, sulla quale le regioni hanno definito il proprio piano di investimenti, già condizione irrinunciabile per l'esame del programma relativo alla fase appena conclusa, e la quota effettivamente assegnata o in corso di assegnazione a valere sulle quote mutuabili nel primo triennio, sulla base delle richieste presentate in tempo utile, che ammonta a Lire 8.623.383.000.000 per gli interventi regionali e 363.190.000.000 per gli interventi relativi agli IRCCS, ai Policlinici, agli IZS e all'Istituto Superiore di Sanità.

Gli IRCCS e i Policlinici, rientrando nel sistema ospedaliero regionale, dovranno essere inseriti nei programmi regionali, specificatamente nella categoria F - programmi a rilievo nazionale, con gli interventi da realizzare. La mancata previsione all'interno delle programmazioni regionali di determinazioni relative agli enti di cui sopra, determina l'impossibilità di attribuire agli stessi la quota di finanziamento prevista come aggiuntiva rispetto alla quota regionale.

Per quanto concerne gli IZS, eventuali interventi dovranno essere previsti nel programma regionale e collocati nella categoria A - prevenzione collettiva.

L'Istituto Superiore di Sanità corrisponderà direttamente con questa Amministrazione.

Il Patrimonio come risorsa aggiuntiva

La razionale utilizzazione delle risorse non può prescindere, da parte delle regioni e degli altri enti interessati, dalla considerazione del patrimonio come risorsa. Il censimento del patrimonio immobiliare del SSN, che era stato previsto come prerequisito per l'ammissione delle varie USL al programma (DM 321/1989, art. 6), sostenuto dalla contestuale emergente questione della "conoscenza", della tutela e della valorizzazione del patrimonio pubblico, assume il valore di eccellenza con il processo di aziendalizzazione (art. 1 comma 1 lett. p. legge 23

ottobre 1992 n. 421 e art. 5 d.lgs 502/92). La ricognizione e l'inventariazione del patrimonio si rivelano di particolare importanza nel momento in cui le regioni e le province autonome devono completare il programma straordinario di investimenti.

Il patrimonio di riferimento per gli investimenti è rappresentato da:

- patrimonio degli ex enti psichiatrici. Il complesso momento decisionale circa l'alienazione e le destinazioni migliori del bene dismesso, richiede un rapporto particolare tra i soggetti interessati, per conseguire un vantaggio ai fini dell'assistenza psichiatrica dell'intero territorio regionale ed, ovviamente, non del solo territorio sul quale è ubicato il bene;
- patrimonio da reddito, per il quale è estensibile il concetto sopra espresso e che potrebbe essere riconvertito in strutture territoriali o amministrative con conseguente dismissione di strutture prese in locazione;
- patrimonio destinato ai servizi sanitari (ospedali, presidi territoriali ecc.) per il quale è necessario tenere conto di una serie di informazioni riferite a vari aspetti che vanno dall'assetto urbanistico alle innovazioni strutturali e tecnologiche connesse all'evoluzione scientifica.
- patrimonio di altri Enti pubblici ammessi a finanziamento la cui consistenza e il cui utilizzo deve essere tale da giustificare un investimento con fondi destinati al miglioramento del patrimonio strutturale e tecnologico del Servizio sanitario nazionale.

IL MINISTRO.

