

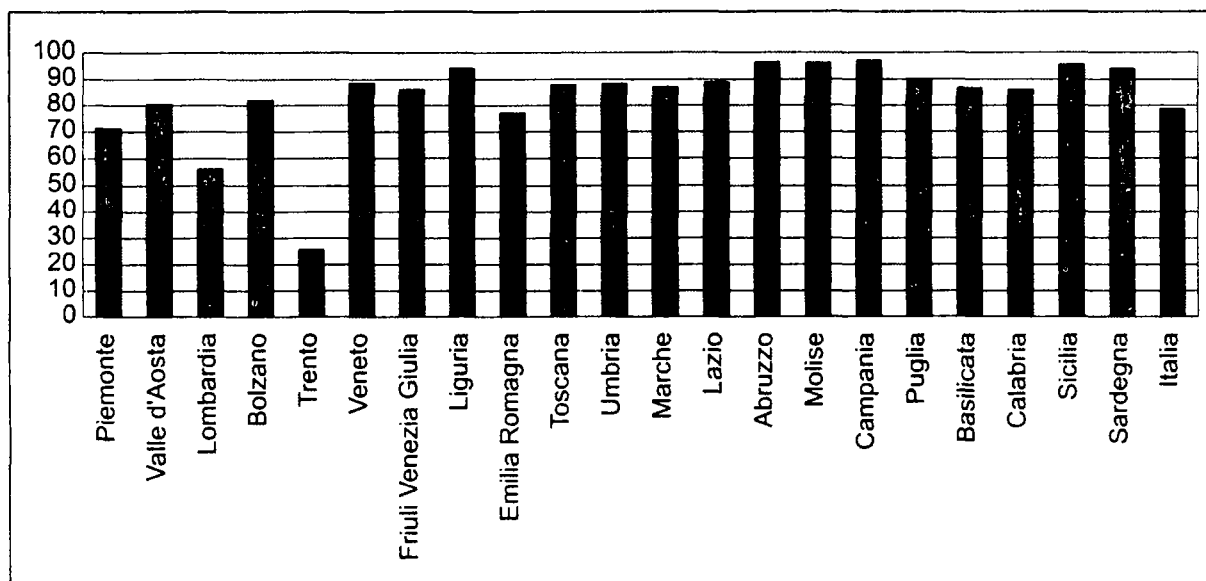


Figura 72. Assistenza domiciliare integrata: percentuale di anziani sul totale dei casi trattati.
Fonte: Ministero della sanità, Sistema informativo sanitario.

- Assistenza domiciliare integrata: è l'insieme delle prestazioni che richiedono l'intervento di diverse figure professionali e che rispondono a specifici bisogni di tipo sociosanitario, sulla base di un piano unitario di assistenza. Comprende interventi complessi a elevato contenuto sociosanitario, anche con l'apporto di competenze specialistiche. Nel corso del 1999 sono stati assistiti al proprio domicilio circa 236.000 pazienti, di questi il 79 per cento è rappresentato da anziani. Mediamente, per caso trattato sono state erogate circa 19 ore di assistenza, in gran parte erogate da personale infermieristico (figura 72).

L'anziano non autonomo, solo o senza alcun supporto sociale che gli consenta di essere assistito a domicilio, può usufruire dei servizi residenziali più o meno assistiti a seconda del suo livello di autonomia. Si distinguono:

- gli alloggi con servizi di supporto che comprendono tutte le possibili soluzioni abitative assistite per persone anziane con ridotta autonomia;
- le residenze assistenziali che sono strutture residenziali sociali con prestazioni sanitarie; accolgono, in modo permanente temporaneo o a ciclo diurno, persone anziane in condizioni di ridotta autonomia non altrimenti assistibili a domicilio;
- le residenze sanitarie assistenziali che sono strutture residenziali a elevata integrazione sanitaria; accolgono, in modo permanente temporaneo o a ciclo diurno, persone anziane non autonome e non altrimenti assistibili a domicilio.

L'assistenza intermedia si esplica con modalità semiresidenziali e diurne, e offre interventi terapeutico-riabilitativi ad anziani con ridotta autonomia senza allontanarli dall'ambiente familiare di appartenenza. Il Centro diurno è una struttura semiresidenziale allocata nel Distretto che accoglie, per periodi definiti, persone anziane disabili. Nel 1999 risultano 1.510 strutture residenziali pubbliche e private accreditate, con una dotazione di circa 92.000 posti letto; le strutture semiresidenziali rilevate sono 239 con 2.800 posti.

Mediamente, ogni anziano assistito in strutture residenziali vi permane per 235 giorni, mentre nelle strutture semiresidenziali la durata media del ciclo assistenziale è di circa 100 giorni. La disponibilità di strutture, sia residenziali sia semiresidenziali, è fortemente diversifica-

Tabella 60. Strutture sanitarie residenziali e semiresidenziali suddivise per Regione.

regione	strutture sanitarie	
	residenziali	semiresidenziali
Piemonte	191	8
Valle d'Aosta	17	
Lombardia	482	48
Provincia autonoma di Bolzano	13	-
Provincia autonoma Prov. auton. di Trento	44	-
Veneto	82	5
Friuli Venezia Giulia	55	2
Liguria	43	-
Emilia Romagna	271	121
Toscana	223	51
Umbria	21	2
Marche	17	-
Lazio	34	-
Abruzzo	4	-
Molise	-	-
Campania	8	1
Puglia	2	-
Basilicata	-	-
Calabria	13	-
Sicilia	7	-
Sardegna	-	1
Italia	1.527	239

fonte: Ministero della sanità, Sistema informativo sanitario

ta a livello territoriale (tabella 60). Infine, l'anziano che necessita di interventi clinici ospedalieri deve poter contare su una attività specialistica di geriatria nel presidio, l'Unità operativa di geriatria, con degenza ordinaria e day-hospital, con competenze professionali geriatriche. Essa provvede al trattamento delle persone anziane ricoverate per evento patologico acuto garantendo l'integrazione dei percorsi assistenziali all'interno delle strutture ospedaliere. Risolta la fase di acuzie, essa provvede ad assicurare la continuità delle cure, integrandosi con l'attività del distretto per quanto riguarda le dimissioni protette.

Nel 1999 erano disponibili, presso i reparti di geriatria, circa 6.400 posti letto in degenza ordinaria e 473 in day hospital. L'indicatore posti letto totali per 10.000 anziani (con età maggiore di 65 anni) presenta una forte variabilità a livello regionale. Più di 3 milioni e mezzo di persone anziane sono state ricoverate per episodi acuti in regime ordinario e oltre 600.000 in day-hospital. La prima causa di ricovero in regime ordinario è rappresentata dall'intervento al cristallino (quasi 200.000 dimessi); in day-hospital la chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta rappresenta il primo motivo di ricovero (oltre 47.000 accessi).

Malati al termine della vita

Nonostante il processo del morire non sia una malattia, nei Paesi avanzati l'ultimo periodo di vita è fortemente medicalizzato e spesso è trascorso in ospedale. Questa tendenza è in crescita, per lo meno nei Paesi più ricchi. La malattia che probabilmente causerà la morte progredisce nella fase terminale in modo irreversibile, i trattamenti curativi sono esauriti, compaiono sintomi multipli che aumentano di numero e intensità all'avvicinarsi della morte. Questa descrizione deriva dallo studio dei tumori, ma si applica anche alla storia naturale dell'AIDS e di molte altre malattie, per esempio del sistema cardiovascolare (insufficienza ventricolare cronica, arteriopatie), dell'apparato respiratorio (insufficienza respiratoria cronica), del sistema nervoso (sclerosi laterale amiotrofica, sclerosi multipla, alcuni tipi di demenza). Anche nei casi dove diventa inevitabile, necessario o opportuno interrompere i trattamenti di sostegno vitale (per es., alimentazione, dialisi, ventilazione meccanica, eccetera) possono comparire gravi sintomi.

La risposta appropriata ai problemi che emergono durante la fase terminale è costituita dalle cure palliative, che sono identificate dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) fra le sei grandi priorità in campo sanitario: "...il controllo del dolore, la riduzione della sofferenza e la disponibilità delle cure palliative per chi non può essere curato" (1).

In Italia l'Obiettivo IV del Piano sanitario nazionale 1998-2000 affronta il problema dell'assistenza alle persone nella fase terminale della vita. Fra le azioni indicate vi sono il potenziamento degli interventi di terapia palliativa e la realizzazione di strutture residenziali (hospice). Queste azioni sono compiute con la legge 39 del 26/2/1999 "Disposizioni per assicurare interventi urgenti di attivazione del Piano sanitario nazionale 1998-2000", e con i decreti collegati: il decreto ministeriale 28/9/1999 "Programma nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative", che definisce le norme di integrazione fra la rete di assistenza ai malati terminali e la struttura di ricovero (hospice); e il decreto della Presidenza del Consiglio dei ministri 20/1/2000 "Atto di indirizzo e coordinamento recante i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per i centri residenziali di cure palliative".

Incidenza e prevalenza. Stime precise sono oggi possibili solo per i pazienti neoplastici, dei quali circa il 90 per cento muore dopo aver attraversato una fase terminale di malattia della durata media di 90 giorni (2). Nel 1997 i morti per cancro in Italia sono stati 157.000: si può quindi stimare che ogni anno ci siano in Italia circa 144.000 nuovi pazienti terminali di cancro, con una prevalenza di circa 35.000. Le modificazioni della mortalità conseguenti all'introduzione delle nuove terapie rendono arduo stimare il bisogno di cure palliative nei pazienti deceduti per AIDS, mentre mancano criteri precisi per l'incidenza e la prevalenza della fase terminale nelle altre patologie. Si può però ipotizzare, sulla base dei dati di mortalità per patologie non oncologiche che conducono a una fase terminale, che siano quasi altrettanti i pazienti non oncologici che necessitano di cure palliative (fonte: CIRSS).

I punti nodali. Stime inglesi recenti, basate sulla prevalenza dei problemi nell'ultimo anno di vita e sull'utilizzo dei servizi di cure palliative, riportano che fino al 65 per cento dei deceduti per tumore abbia bisogno d'interventi di cure palliative più o meno complessi, e fino al 25 per cento abbia bisogno del ricovero in una struttura tipo hospice (3). I problemi sono di due tipi: da una parte quelli legati al peggioramento delle componenti principali della qualità di vita controllo del dolore e dei sintomi, benessere psicologico, benessere relazionale, stato funzionale, 4), dall'altra, quelli causati da condizioni specifiche che emergono negli ultimi giorni di vita e condizionano la "qualità del morire".

Sintomi fisici. Gli studi inglesi hanno rilevato che, nell'ultimo anno di vita, l'87 per cento dei pazienti oncologici ha sofferto per dolore (due terzi in forma molto grave), dispnea, nausea o vomito (la metà in forma molto grave). Dal 25 al 78 per cento dei pazienti ha sofferto per altri sintomi: astenia, anoressia, stipsi, insonnia, tosse, xerostomia (la metà in forma molto grave). Il 40 per cento ha sofferto d'incontinenza urinaria e il 32 per cento d'incontinenza fecale (5). Uno studio rappresentativo della realtà italiana ha rivelato che al momento della prima visita presso una unità di cure palliative, il 100 per cento dei malati aveva dolore (nell'80 per cento in forma grave), il 90 per cento astenia, il 48 per cento dispnea (nel 4 per cento in forma molto grave), il 35 per cento nausea, e il 23 per cento vomito. I pazienti presentavano seri problemi gestionali: il 38 per cento aveva insufficienza respiratoria, il 35 per cento cachessia, il 28 per cento non riusciva ad assumere cibi solidi (il 14 per cento era occluso o suboccluso). I pazienti trascorrevano a letto 18 ore al giorno in media, il 15 per cento aveva ulcere da decubito (6).

Disturbi psichici. Nell'ultimo anno di vita, il 70 per cento dei pazienti ha sofferto di sintomi depressivi e il 30 per cento di sintomi ansiosi (7). Studi italiani segnalano una generale inadeguatezza della comunicazione da parte dei professionisti durante la fase terminale (8).

Qualità del morire. Nella fase terminale la qualità del morire è di cruciale importanza sia come indicatore della qualità dell'assistenza, sia per quanto riguarda i costi sanitari complessivi. A parità di qualità di cure erogate, la maggior parte dei pazienti terminali preferisce essere curata e morire nella propria casa (9). I soli dati italiani pubblicati mostrano una percentuale di deceduti per tumore a domicilio nelle 13 province della Liguria e della Toscana variabile tra il 31 per cento e il 73 per cento, con una tendenza all'aumento delle morti in ospedale dal 1987 al 1995. Uno studio eseguito in un ospedale italiano ha rivelato come inadeguate terapie sintomatiche, ritardi e sottovalutazione dei disturbi di malati terminali fossero cinque volte più frequenti nella assistenza ospedaliera rispetto a quella domiciliare (10). Negli Stati Uniti il 20 per cento delle spese sanitarie totali riguarda i malati terminali, e il 29 per cento viene effettuato durante l'ultimo mese di vita. Il 90 per cento di queste spese è dovuto ai ricoveri ospedalieri (11). Mancano dati italiani in proposito.

Interventi efficaci. Recenti revisioni sistematiche evidenziano che, indipendentemente dal luogo dove sono praticate, le cure convenzionali sono meno efficaci nel raggiungere gli obiettivi terapeutici appropriati per i pazienti terminali rispetto all'intervento specialistico di équipe. In particolare, è stato rilevato che il dolore e gli altri sintomi non sono controllati adeguatamente in un'alta percentuale di pazienti e che poca attenzione è riservata ai problemi relativi alla sfera dei bisogni psicologici, spirituali e relazionali. In ambito ospedaliero, i pazienti e le loro famiglie non ricevono un'adeguata comunicazione da parte delle varie figure professionali. Le stesse revisioni confermano che è possibile controllare il dolore in oltre il 90 per cento dei pazienti utilizzando un approccio farmacologico secondo le raccomandazioni dell'OMS, e gli altri sintomi utilizzando procedure palliative non invasive e ridurre il distress psicologico del malato, e, in seguito, quello della famiglia nella fase di elaborazione del lutto (12, 13).

Bisogno di formazione. Si stima che entro il 2003 saranno attivi in Italia circa 120 hospice: oltre 60 finanziati con la legge 39 del 26/2/1999, e almeno altrettanti attivati con altri finanziamenti. Per dirigerli saranno necessari almeno 120 dirigenti medici e 120 dirigenti infermieri con il massimo livello di competenza nelle cure palliative e con le capacità manageriali indispensabili per coordinare un'équipe interdisciplinare, organizzare corsi di for-

mazione, gestire programmi di ricerca clinica e psicosociale. Gli operatori che lavoreranno in queste strutture ad altissima qualità di assistenza dovranno avere non solo le conoscenze teoriche, ma anche le abilità gestuali e quelle relazionali essenziali per curare la persona alla fine della vita. La formazione specialistica riguarda almeno 500 medici, 2.500 infermieri, 120 psicologi, 120 assistenti sociali.

Analisi dell'offerta. Al 1999, sono stati stimati in circa 6.500 i servizi specialistici di cure palliative presenti in 84 Paesi del mondo. Un terzo circa sono situati in Europa. Il numero dei posti letto hospice per abitante presenta un'ampia variabilità fra Paesi. Nel 1999, in sette Paesi europei questo numero variava da 5,5 x 100.000 (Gran Bretagna) a 0,05 (Italia). Nel 2000 il dato italiano è passato a 0,8 x 100.000, e crescerà via via che saranno aperti nuovi hospice. In Canada, nell'area di Edmonton, con una popolazione di 840.000 abitanti, sono operativi 71 posti letto hospice, con un'occupazione media del 95 per cento della loro capacità. Dati inglesi riportano una variabilità da 15,3 a 29,9 infermieri per milione di abitanti dedicati esclusivamente alle cure palliative sul territorio, con una media di 20,5. La media di infermieri esclusivamente dedicati alle cure palliative che, in Gran Bretagna, opera all'interno dell'ospedale è di 7,9 per milione di abitanti, mentre per i medici palliativisti questo dato varia fra 7,9 e 21,1. L'offerta di servizi di cure palliative è in crescita in tutti i Paesi del mondo. In Gran Bretagna, la grande maggioranza delle aziende sanitarie ha prodotto piani strategici di sviluppo delle cure palliative nel proprio territorio. Nessun amministratore europeo prevede di disinvestire risorse in questo settore, mentre il 50 per cento prevede di aumentare gli investimenti nelle cure palliative nei prossimi 2-3 anni (14).

Situazione italiana. La normativa nazionale e alcune deliberazioni regionali (per esempio la delibera 1884 del 31/10/2000 della Regione Lombardia) individuano un primo livello di assistenza erogato dai distretti con il coinvolgimento prioritario dei medici di medicina generale, in grado di assistere almeno il 50 per cento dei pazienti terminali, e un secondo livello costituito da servizi specialistici (Unità operative di cure palliative: UOCP) e da strutture di degenza (hospice).

Secondo dati della Società italiana di cure palliative (15), al 31 dicembre 2000 esistono in Italia 137 UOCP, 43 hospice e 131 organizzazioni non profit per le cure palliative (tabella 61). Le UOCP sono ripartite fra Servizio sanitario nazionale (SSN) pubblico (129) e privato (8). I servizi che offrono sono: ambulatorio (91 per cento), assistenza domiciliare (65 per cento), day-hospital (48 per cento), letti di degenza ordinaria (12 per cento). Gli hospice sono 43, dei quali 33 nel SSN con 329 letti e 10 in organizzazioni private con 128 letti.

Offerta formazione. I corsi di base che prevedano un minimo di 40 ore d'aula sono ampiamente insufficienti. Sono stati offerti nell'ultimo decennio da scuole private operanti a livello nazionale, come la Scuola italiana di medicina e cure palliative e, a livello regionale, da scuole esistenti in Piemonte, Umbria, Lazio e Sicilia. Dal 1999, in seguito all'aumento di domanda legato agli hospice, anche alcune università offrono corsi di perfezionamento e master di cure palliative.

Analisi della domanda. L'analisi della domanda di cure palliative è fondata sulla quantità e sull'appropriatezza delle richieste e le indicazioni di cure palliative da parte dei vari soggetti professionali e non professionali che vengono a contatto con il paziente terminale. In Italia mancano studi specifici, anche se si possono fare due osservazioni. Il numero di pazienti seguiti dai servizi esistenti di cure palliative è basso anche nelle zone dove l'offerta sarebbe in grado di soddisfare in pieno il bisogno di assistenza. Uno studio condotto nel

Tabella 61. Distribuzione delle Unità di cure palliative (UOCP), degli hospice, delle organizzazioni non profit.

	UOCP	%	hospice	letti	% organizzazioni non profit	%
Nord	79	57	30	331	72	64
Centro	40	30	5	33	8	18
Sud	11	8	5	51	11	13
Isole	7	5	3	42	9	5
totale	137		43	457		131

1995 su un campione rappresentativo dei pazienti oncologici terminali seguiti dai servizi di cure palliative italiani (16) evidenzia un'inappropriatezza della domanda: il paziente arriva al servizio inviato da un amico o un parente nel 14 per cento dei casi, o da figure non mediche nel 12 per cento dei casi.

Il paziente arriva al servizio nelle fasi ultime di malattia, il tempo mediano dalla presa in carico al decesso è di 38 giorni e nel 14 per cento dei casi muore nella prima settimana di assistenza. Quest'insieme di dati, pur parziali, suggerisce che esistano problemi anche sul versante della domanda di cure palliative, sia per quanto riguarda i percorsi che le modalità e la tempestività di invio.

Possibilità di intervento (obiettivi e azioni). La situazione descritta, insieme alle indicazioni della letteratura e all'esperienza di altri Paesi più avanzati nell'ambito delle cure palliative, indicano come prioritarie le seguenti possibilità di intervento.

Rete assistenziale. L'elevata incidenza e prevalenza di malati terminali e il loro progressivo prevedibile aumento, legato alla maggior durata della vita media, alla crescita delle patologie croniche anche in relazione alla maggior efficacia dei trattamenti, impongono un rapido e coordinato sviluppo della rete assistenziale.

D'altra parte, come già indicato nel paragrafo sulla "Analisi dell'offerta di servizi", la risposta più appropriata al malato al termine della vita che si sta diffondendo sul territorio nazionale è una rete domiciliare e residenziale ad hoc (UOCP); un comitato, istituito appositamente dal Ministro della sanità, sta elaborando un progetto obiettivo. Tale rete, gestita da personale idoneamente qualificato, dovrebbe - secondo le indicazioni emerse - essere allocata in ogni azienda sanitaria; ogni componente della rete deve, inoltre, essere accessibile e raggiungibile da parte dei cittadini. Deve, infine, essere prevista e favorita ogni possibile forma di collaborazione tra strutture pubbliche e private autorizzate ed enti o organizzazioni del terzo settore operanti sul territorio, in particolar modo tra i servizi di medicina primaria e le strutture ospedaliere per garantire una reale continuità assistenziale e terapeutica.

Formazione. Le elevate richieste assistenziali e la necessità di sviluppare la rete assistenziale rendono urgente il bisogno di formazione degli operatori, sia a livello di base sia a livello specialistico. Gli strumenti rapidamente efficaci possono essere la formazione continua e corsi di aggiornamento, realizzati da enti pubblici e privati accreditati. Sarà inoltre necessario stabilire, d'intesa con il Ministero dell'università e della ricerca scientifica, i percorsi formativi istituzionali di laurea, di laurea specialistica, di scuola di specializzazione e di master universitari per la formazione e la definizione delle figure professionali necessarie nei diversi livelli della rete assistenziale.

Sorveglianza. L'assenza di dati sufficientemente attendibili sull'incidenza e prevalenza di malati terminali, in particolare nelle patologie non oncologiche, e sulla appropriatezza dell'assistenza comunque erogata e, d'altra parte, la necessità di programmare interventi efficaci per lo sviluppo della rete assistenziale e per la qualità dei servizi, indicano la necessità di attivare e di incentivare opportuni strumenti (un osservatorio nazionale per esempio) per rilevare i bisogni su tutto il territorio nazionale, per definire gli standard delle cure di fine vita e per sviluppare un sistema di indicatori di valutazione delle attività della rete assistenziale in cure palliative.

Diritti dei malati terminali. I dati disponibili indicano uno scarso livello informativo e comunicativo con i pazienti e con i loro familiari relativamente sia alle possibilità assistenziali sia alle opzioni terapeutiche. Sarà necessario, dunque, promuovere campagne di comunicazione che mettano in condizione i cittadini di attuare una scelta assistenziale in funzione delle necessità e preferenze del paziente.

Dovranno essere comunque riaffermati i diritti alla continuità delle cure, alla disponibilità di informazioni, alla qualità di vita, alla scelta assistenziale e terapeutica: dovrà essere quindi sancito il diritto fondamentale di ogni paziente di avere una qualificata offerta di cure del termine della vita (palliative), una volta esaurite le possibilità curative per la patologia da cui è affetto.

BIBLIOGRAFIA

- 1) World Health Organization. The World Health report 1997. Conquering suffering, enriching humanity. Geneva, 1997.
- 2) McCusker J. The terminal period of cancer: definition and descriptive epidemiology. *J Chron Dis* 1984; 37: 377.
- 3) Higginson I. Palliative and terminal care. In: Stevens A, Raftery J. Health Care Needs Assessment. Oxford: Radcliffe Medical Press, 1997, vol. 2, pag. 183.
- 4) Measuring quality of care at the end of life: a statement of principles. *J Am Geriatr Soc* 1997; 45: 526.
- 5) Addington-Hall J, et al. Dying from cancer: results of a national population-based investigation. *Palliative Medicine* 1991; 5: 207.
- 6) Costantini M, et al. Terminal cancer patients and timing of referral to palliative care: a multicenter prospective cohort study. *Journal of Pain and Symptom Management* 1999; 18: 243.
- 7) Addington-Hall J, et al. Dying from cancer: the views of bereaved family and friends about the experience of terminally ill patients. *Palliat Med* 1991; 5: 207.
- 8) Morasso G, et al. Psychological and symptom distress in terminal cancer patients with met and unmet needs. *J Pain Symptom Management* 1999; 17: 402.
- 9) Higginson I. Place of care in advanced cancer: a qualitative systematic literature review of patients preferences. *J Pall Care* 2000 (in press).
- 10) Toscani F, Mancini C. Inadequacies of care in far advanced cancer patients: a comparison between home and hospital in Italy. *Palliative Med* 1989; 4: 31.
- 11) Emanuel EJ, Emanuel LL. The promise of a good death. *Lancet* 1998; 351: 21.
- 12) Cancer guidance sub-group of the Clinical Outcomes Group. Improving outcomes in breast cancer. The research evidence. NHC executive 1996.
- 13) Finlay IG, Jones RVH. Definitions in palliative care. *Br Med J* 1995; 311: 754.
- 14) Clark D. Common threads? Palliative care service developments in seven European countries. *Palliative Med* 2000; 14: 479.
- 15) Corli O (in collaborazione con Società italiana di cure palliative e Fondazione cure palliative ONLUS). Le unità di cure palliative e le organizzazioni non profit nell'Italia del 2000. Milano: GPA ed, 2000.
- 16) Costantini M, et al. Terminal cancer patients and timing of referral to palliative care: a multicenter prospective cohort study. *Journal of Pain and Symptom Management* 1999; 18: 243.

ASSISTENZA FARMACEUTICA

Classificazione dei farmaci

L'erogazione dei farmaci costituisce una delle attività assistenziali essenziali del Servizio sanitario nazionale (SSN) in quanto necessaria per rispondere a quelle esigenze fondamentali di tutela delle condizioni di salute della popolazione che è possibile conseguire mediante la somministrazione dei farmaci. Il SSN, con i fondi a propria disposizione, assicura a tutti i cittadini i farmaci per i quali siano disponibili dati certi di efficacia terapeutica e di sicurezza nella prevenzione e la cura delle malattie. Per efficacia di un farmaco si intende la capacità di migliorare il decorso o la prognosi di una malattia, di attenuare uno o più sintomi, senza causare danni maggiori dei benefici prodotti; un farmaco è quindi veramente efficace se è in grado di modificare in senso positivo lo stato di salute del malato. L'attuale legislazione fissa i criteri secondo i quali l'organismo competente, la Commissione unica del farmaco (CUF), classifica i farmaci che entrano in commercio. Tre sono le classi previste:

- classe A: farmaci essenziali e farmaci per malattie croniche, il cui costo è a totale carico del SSN. La classe A prevede anche un sottogruppo di farmaci, classe H, che comprende farmaci rimborsati esclusivamente se utilizzati in ambiente ospedaliero o in day hospital. Alcuni farmaci sono erogati gratuitamente dal SSN solo per specifiche patologie, secondo indicazioni di impiego (dette "note CUF").
- classe B: farmaci, diversi dai precedenti, ma di rilevante interesse terapeutico, il cui costo è per metà a carico del cittadino e per metà a carico del SSN.
- classe C: altri farmaci privi delle caratteristiche dei farmaci di classe A e B, il cui costo è a totale carico dei cittadini.

In classe A sono inclusi i farmaci per i quali il SSN rimborsa totalmente i prodotti che garantiscono l'assistenza farmaceutica per le patologie gravi e croniche, con una percentuale di copertura pubblica superiore a quella degli altri Paesi europei (circa il 75 per cento dei farmaci etici con obbligo di ricetta medica). Sono disponibili sul mercato oltre 3.000 confezioni per un totale di circa 750 principi attivi. La classe B comprende solamente 340 prodotti, di comprovata efficacia, ma sicuramente meno importanti rispetto ai prodotti di classe A. I cortisonici topici e gli antistaminici sono i principali gruppi di specialità di tale classe. La classe C, per la quale il cittadino è chiamato a pagare integralmente il costo, riguarda tutti i restanti farmaci.

Ticket ed esenzioni

I farmaci classificati nella classe A sono a totale carico del SSN. (per l'anno 2000 l'assistito è stato tenuto al pagamento del ticket di lire 3.000 per una sola confezione e lire 6.000 per due o più confezioni per ricetta). Nel caso in cui il cittadino è affetto da patologie croniche è prevista una prescrizione multipla (fino a un massimo di 6 confezioni per ricetta con una quota fissa di 1000 lire per confezione) per evitare al paziente cronico di doversi recare troppo spesso dal medico e dal farmacista per ottenere i farmaci necessari.

Esenzioni per età e reddito. Il costo dei farmaci classificati in classe B è per metà a carico del SSN e per metà a carico del cittadino. Sono esenti dal ticket del 50 per cento sui farmaci della classe B tutti i cittadini di età inferiore a 6 anni e di età superiore a 65 anni,

appartenenti a un nucleo familiare con un reddito complessivo, riferito all'anno precedente, non superiore a 70 milioni di lire. Gli esenti sono tenuti, comunque, al pagamento della quota ricetta.

Esenzioni per patologia. Il Ministero della sanità ha recentemente pubblicato un nuovo elenco delle condizioni e malattie croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo per le prestazioni sanitarie.

I pazienti riconosciuti affetti da una delle patologie indicate nell'elenco hanno diritto all'esenzione dal ticket per le più frequenti prestazioni specialistiche e diagnostiche strumentali e di laboratorio (per es., analisi cliniche, radiografie, eccetera) e hanno diritto alla pluri-prescrizione (fino a un massimo di 6 confezioni per ricetta con una quota fissa di 1000 lire per confezione) per i farmaci di classe A necessari al trattamento della patologie da cui sono affetti. Sono altresì esenti altre categorie specifiche, di cui quella più rilevante è la categorie delle donne in stato di gravidanza.

Le prestazioni a favore delle donne in gravidanza (solo quelle indicate nel decreto ministeriale del 10 settembre 1998) e dei donatori (solo quelle correlate all'attività di donazione) sono escluse da partecipazione, così come altre prestazioni nei seguenti ambiti: campagne di diagnosi precoce e prevenzione collettiva, avviamento al lavoro, accertamenti diagnostici per il virus dell'immunodeficienza umana (HIV), danneggiati da vaccinazioni obbligatorie e trasfusioni, vaccini per vaccinazioni non obbligatorie.

Esenzioni per invalidità. Sono esentati dal pagamento della quota fissa, tanto per i farmaci della classe A che della classe B, gli invalidi di guerra titolari di pensione diretta vitalizia, i grandi invalidi per servizio, gli invalidi civili al 100 per cento compresi gli affetti da cecità assoluta, e i grandi invalidi del lavoro.

Sono esentati dal pagamento della quota di partecipazione alla spesa farmaceutica per tutti i farmaci della classe B gli appartenenti alle seguenti categorie:

- invalidi di guerra appartenenti alle categorie dalla I alla V;
- invalidi per lavoro con riduzione della capacità lavorativa superiore ai due terzi;
- invalidi per servizio appartenenti alle categorie dalla I alla V;
- invalidi civili con riduzione della capacità lavorativa superiore ai due terzi;
- invalidi civili con assegno di accompagnamento;
- minori con indennità di frequenza;
- vittime del terrorismo e della criminalità organizzata;
- ciechi e sordomuti.

Sono esentati dal pagamento della quota di partecipazione limitatamente ai farmaci di classe B correlati alle patologie invalidanti:

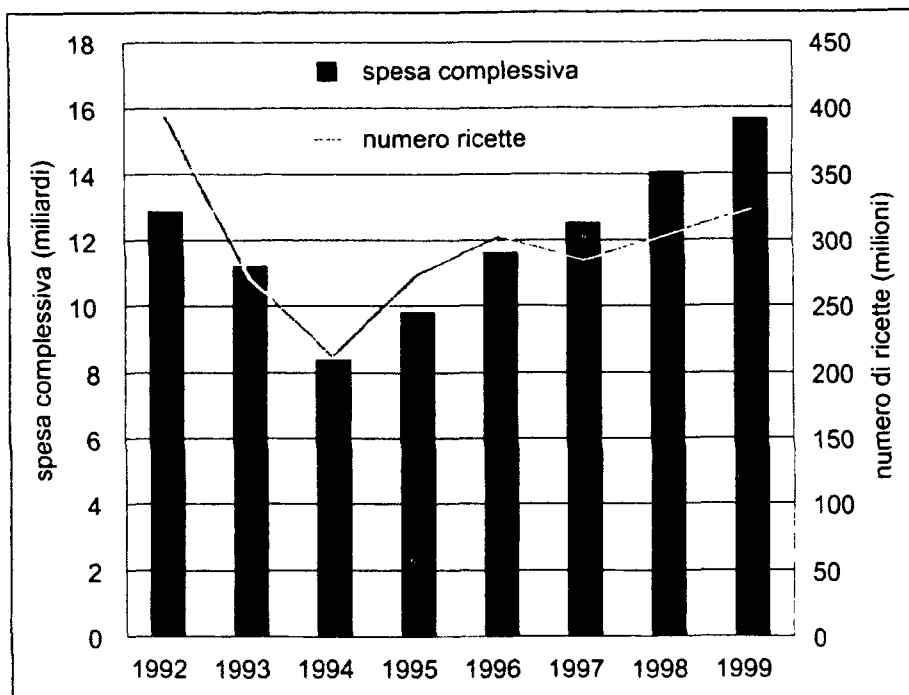
- invalidi di guerra appartenenti alle categorie dalla VI alla VIII;
- invalidi per lavoro con riduzione della capacità lavorativa inferiore ai due terzi;
- infortunati sul lavoro o affetti da malattie professionali;
- invalidi per servizio appartenenti alle categorie dalla VI alla VIII.

I soggetti in questione sono tenuti al pagamento della quota fissa per ciascuna ricetta.

Gli invalidi di guerra hanno diritto a ricevere gratuitamente dal SSN anche i farmaci di classe C (legge del 19 luglio 2000, n. 203).

Esenzioni per condizione sociale e reddito. Sono esenti i titolari di pensione sociale e i familiari a carico e i disoccupati e i loro familiari a carico nonché i titolari di pensione al minimo, di età superiore a 60 anni e i loro familiari a carico, purché appartenenti a un

Figura 73.
Assistenza
farmaceutica
convenzionata:
spesa complessiva
e numero di ricette.
Fonte: Ministero
della sanità,
Sistema informativo
sanitario



nucleo familiare con un reddito complessivo, riferito all'anno precedente, inferiore a 16 milioni di lire, incrementato fino a 22 milioni di lire in presenza del coniuge e di un ulteriore milione per ogni figlio a carico.

La spesa farmaceutica convenzionata

L'onere finanziario necessario per erogare l'assistenza farmaceutica rappresenta una voce significativa di tutta la spesa pubblica sanitaria e si caratterizza per un costante aumento nel tempo. Nel solo 1999 gli italiani hanno spedito presso le farmacie convenzionate circa 323 milioni di ricette compilate dai medici di famiglia (nel primo semestre 2000 le ricette assommano a 181.451), con una spesa media nazionale annua per residente per l'anno 2000 di circa 342.000 lire. In Italia, mediamente, per ogni cittadino vengono prescritte 5,6 ricette l'anno; tale valore passa da un minimo di 3,9 ricette nella Provincia autonoma di Bolzano a un massimo di 6,6 ricette in Umbria.

Il costo medio per ricetta, che è di circa 48.400 lire, è fortemente variabile all'interno del territorio nazionale, lo scarto massimo ammonta pressappoco a 7.000 lire; in Lombardia, per ricetta, si spendono mediamente 54.000 lire, mentre in Emilia Romagna circa 41.000 lire. Il 2000 ha fatto registrare, rispetto agli anni precedenti, un aumento sia del numero di ricette sia della spesa complessiva con conseguente aumento del costo medio per ricetta. Tale fenomeno sembra indicare sia un ridotto effetto delle politiche volte a sensibilizzare gli operatori sanitari e i cittadini a un uso più razionale dei farmaci, sia la prescrizione di farmaci dal costo più elevato (figura 73).

I farmaci per il trattamento delle malattie dell'apparato cardiovascolare e gli antinfettivi rappresentano da soli circa il 50 per cento della spesa totale. Seguono i farmaci per il trattamento delle malattie dell'apparato gastrointestinale e dei disturbi legati al metabolismo che rappresentano circa il 13 per cento della spesa, i farmaci attivi sull'apparato respiratorio (~ 7 per cento), gli antineoplastici (~ 6,5 per cento), e quelli attivi sul sistema nervoso centra-

Tabella 62. Composizione percentuale della spesa farmaceutica convenzionata per gruppo anatomico principale - anno 1999

gruppo anatomico principale	valore %	variazione % spesa 1998-1999
apparato cardiovascolare	29,35	12,88
antimicrobici generali per uso sistemico	21,83	8,69
apparato gastrointestinale e malattie del metabolismo	12,45	4,46
farmaci antineoplastici e immunomodulatori	7,02	1,92
apparato respiratorio	6,82	17,29
apparato genitourinario e ormoni sessuali	5,38	10,97
apparato muscoloscheletrico	5,09	1,12
sangue e organi emopoietici	3,70	11,88
sistema nervoso	3,67	22,02
preparati ormonali sistemici, esclusi gli ormoni sessuali	2,22	-23,27
organi di senso	1,17	43,99
dermatologici	0,90	10,53
vari	0,27	-1,35
farmaci antiparassitari, insetticidi e repellenti	0,13	-8,90
totale	100,00	8,89
fonte: Ministero della sanità		

le (~ 5 per cento). Tale andamento non varia sostanzialmente negli ultimi anni ed è caratterizzato da una rilevante presenza di farmaci utilizzati prevalentemente per trattamenti preventivi, in particolare per la prevenzione delle patologie dell'apparato cardiovascolare (farmaci ipotensivi e ipolipemizzanti) (tabella 62).

RISORSE FINANZIARIE

GESTIONE FINANZIARIA IN CONTO CAPITALE E PER PROGRAMMI SPECIALI

Finanziamenti per la riqualificazione dell'offerta sanitaria. Le politiche pubbliche di investimento strutturale nel Servizio sanitario nazionale sono iniziate con il programma poliennale straordinario di investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie autorizzato dall'articolo 20 della legge 67/1988. Il fabbisogno finanziario all'epoca stimato era di 30.000 miliardi, finalizzati al superamento del divario strutturale esistente tra Nord e Sud, alla riqualificazione del patrimonio esistente, alla riduzione dell'obsolescenza tecnologica, al potenziamento della rete territoriale con la creazione di un nuovo livello di servizi rappresentato dalle Residenze sanitarie assistenziali (RSA).

La prima fase del programma, conclusa nel 1996, ha evidenziato situazioni critiche dovute, in particolare, ai sensibili ritardi di quasi tutte le Regioni del Mezzogiorno, non dotate di forti strumenti di programmazione, di capacità progettuali e di governo della spesa. Di conse-

guenza, in questa prima fase, è stato rilevato un accentuato divario tra Nord e Sud. La seconda fase ha segnato significative inversioni di tendenza, in relazione alla situazione generalmente insoddisfacente, riassumibili nella semplificazione dei procedimenti per l'accesso ai finanziamenti, resi disponibili nell'ambito delle leggi finanziarie, e nell'adozione degli strumenti della programmazione negoziata che, avvalendosi anche delle innovazioni introdotte dalla legge sui lavori pubblici, individua soggetti tecnici responsabili della corretta attuazione degli accordi di programma e dei progetti.

A fronte dei buoni risultati ottenuti dal Servizio sanitario nazionale rispetto alla salute dei cittadini, pertanto, il permanere di una rete strutturale e tecnologica obsoleta e di un'organizzazione complessiva che ancora non ha saputo mettere il paziente a centro del sistema, ha richiesto, da parte dello Stato e delle Regioni, maggiori attenzioni e nuovi strumenti nella gestione delle ingenti risorse messe a disposizione per le politiche di investimento in sanità. Il Ministero della sanità, nel dare gli indirizzi di propria competenza, ha sottolineato la necessità di operare interventi strutturali globali e di coniugare lo sviluppo della cultura della salute con le regole dell'economia sanitaria, superando il concetto che la sanità produce solo effetti sulla spesa corrente, per affermarne le potenzialità nel campo della ricerca, dell'innovazione e dello sviluppo del Paese.

Nel nuovo quadro del federalismo fiscale, l'assetto normativo ha attribuito a ciascun livello istituzionale specifiche responsabilità.

A livello regionale è sottolineata la fase della programmazione e di concertazione sul territorio delle politiche locali, e a livello centrale, nel rispetto del principio della sussidiarietà, è affidato un ruolo di indirizzo, sostegno e monitoraggio dei risultati. Nuove regole, pertanto, hanno disciplinato i principali canali di finanziamento delle spese di investimento del Servizio sanitario nazionale, rappresentati da programmi speciali e straordinari, autorizzati da leggi finanziarie o da leggi specifiche di finanziamento dei programmi previsti dal Piano sanitario nazionale.

Il Fondo sanitario nazionale in conto capitale, fissato dalla legge finanziaria per l'anno 2000 in 250 miliardi, ha rappresentato negli ultimi anni una voce di finanziamento non particolarmente significativa, in quanto influenzata dalle ingenti misure in atto, relative al programma di investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie, avviato con l'articolo 20 della legge finanziaria 67/1988 e integrato con le misure della legge finanziaria 2001. Anche il finanziamento in conto capitale subirà l'impatto dell'applicazione del federalismo fiscale, che produrrà sostanziali modifiche in relazione all'abolizione di tutti i trasferimenti erariali in favore delle Regioni a statuto ordinario, incluso il Fondo sanitario di parte corrente e in conto capitale.

Programma di investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie (articolo 20 della legge 67 del 1988 e successive modifiche e integrazioni). Il programma di investimenti in sanità ha ricevuto, nell'anno 2000, nuovi impulsi. La legge finanziaria 2000 ha stanziato 8.127 miliardi che, aggiunti ai 4.000 stanziati dall'articolo 50 della legge finanziaria 1999, hanno consentito di assicurare alle Regioni la copertura necessaria per lo sviluppo di un considerevole numero di progetti. Le novità che hanno maggiormente influenzato positivamente l'andamento del programma riguardano aspetti istituzionali e normativi: la devoluzione delle competenze gestionali del Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE) ai Ministeri competenti per materia, l'applicazione delle regole della programmazione negoziata, l'abolizione del sistema di finanziamento per mutui con la messa a dispo-

sizione di denaro contante, la costituzione dei nuclei di valutazione e di verifica degli investimenti pubblici.

In attuazione dell'articolo 3 della legge 144/1999, la delibera CIPE 141 del 6 agosto 1999 trasferisce, tra l'altro, al Ministero della sanità le competenze in materia di ammissione a finanziamento degli interventi previsti dai programmi regionali e forniti di progettazione esecutiva, favorendo una significativa semplificazione dei procedimenti in atto. Per il settore degli investimenti sanitari l'articolo 5 bis del decreto legislativo 502/1992, introdotto dal decreto legislativo 229/1999, prevede che il Ministro della sanità, nell'ambito dei programmi regionali per la realizzazione degli interventi previsti dall'articolo 20 della legge 67/1988, possa stipulare accordi di programma con le Regioni e con altri soggetti pubblici interessati, acquisito il concerto con il Ministro del tesoro e d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni.

Le Regioni che hanno incluso la materia sanità tra quelle oggetto delle intese istituzionali di programma, in base all'articolo 2 della legge 662/1996, hanno avuto la possibilità di stipulare accordi di programma quadro in base a detta normativa, tenuto conto che i due sistemi di programmazione concertata hanno finalità in larga parte comuni.

Gli accordi di programma ex articolo 5 bis e gli accordi quadro nell'ambito delle intese disciplinano le funzioni di monitoraggio e di vigilanza demandate al Ministero della sanità, i rapporti finanziari fra i soggetti partecipanti all'accordo, le modalità di erogazione dei finanziamenti statali, le modalità di partecipazione finanziaria delle Regioni e degli altri soggetti pubblici interessati, nonché gli eventuali apporti degli enti pubblici preposti all'attuazione.

Gli accordi costituiscono il documento che consente alle Regioni di disporre programmaticamente della quota loro assegnata con la delibera CIPE 53 del 6 maggio 1998 (20.600 miliardi) e di stabilire un nesso dinamico tra l'intera quota e le disponibilità annuali previste nelle leggi finanziarie in relazione alla effettiva capacità di spesa.

Anche al fine di velocizzare l'attuazione del programma di investimenti e per avviare la stipula degli specifici accordi di programma, sono stati promossi tavoli tecnici con tutte le Regioni, nell'ambito dei quali sono stati acquisiti ampi contributi utili alla predisposizione di uno schema tipo di accordo condiviso.

I tavoli tecnici hanno, inoltre, offerto lo spunto per selezionarne gli obiettivi e ottimizzarne gli effetti, con il risultato generale di riqualificare l'intero patrimonio strutturale e tecnologico in funzione di servizi organizzati sulla base dell'analisi della domanda, capaci di produrre effetti positivi anche sul versante della spesa.

Nella tabella 1 sono rappresentati gli aspetti finanziari relativi agli accordi. Al 31 dicembre dell'anno 2000 sono stati stipulati 12 accordi, di cui tre (Lombardia, Toscana, Basilicata) nell'ambito delle intese istituzionali di programma.

Per quanto riguarda gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), i Policlinici a gestione diretta, gli Istituti zooprofilattici sperimentali (IZS) e l'Istituto superiore di sanità, nella seconda fase sono stati finanziati interventi specifici per complessivi 1.000 miliardi circa. Con dette risorse, d'intesa con le Regioni interessate è stata resa possibile la riqualificazione dell'offerta sensibile rappresentata dai centri di ricerca e di formazione, che insistono prevalentemente nelle grandi città, spesso acuendone la complessità e la criticità.

In tale contesto si inserisce l'iniziativa del Ministero volta a stimolare le capacità progettua-

li della committenza pubblica attraverso modelli di qualità che rappresentino le più evolute tendenze di una moderna e tecnologicamente avanzata progettualità in edilizia sanitaria. Ciò è rappresentato concretamente dal modello di ospedale ideale e dal decalogo, che deve essere osservato da chi commissiona e progetta un ospedale, definiti nell'ambito della Commissione che ha operato avvalendosi del contributo, tra gli altri, dell'architetto Renzo Piano, ambasciatore UNESCO per la cultura.

Tra gli strumenti innovativi volti al rilancio della funzione programmatoria, centrale e regionale, è da ascrivere la costituzione del Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici del Ministero della sanità, in attuazione dell'articolo 1 della legge 144/1999, che prevede, presso le amministrazioni centrali e regionali, la costituzione di Nuclei, coordinati e correlati per il supporto tecnico nelle fasi di programmazione, valutazione, attuazione e verifica di piani e programmi di particolare impatto sullo sviluppo del Paese.

Piano straordinario per le grandi città (articolo 71 della legge 448 del 23 dicembre 1998). Il programma è finalizzato alla riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri urbani, con particolare attenzione al Mezzogiorno, per superare gli elementi di criticità del sistema sanitario nelle grandi città rappresentati dai fenomeni di congestionamento delle strutture, da insopportabili liste di attesa, da inutilizzo di sale operatorie e a volte di interi reparti per carenza di requisiti di sicurezza.

Gli elementi di debolezza nel sistema sanitario delle grandi aree urbane sono stati rappresentati nella frammentazione dell'offerta dei servizi, nella variabilità delle risposte assistenziali, nella presenza di strutture ospedaliere di dimensioni tali da favorire il congestionamento e la spersonalizzazione dei percorsi assistenziali, e nella mancanza di una rete integrata volta a semplificare l'accesso dei cittadini ai diversi punti di offerta.

Inoltre, la vetustà del patrimonio edilizio e tecnologico, frutto più della mancanza della capacità progettuale che di finanziamenti, e la crescente presenza sul territorio di condizioni di emarginazione che richiedono l'elaborazione di politiche mirate al miglioramento della salute dei gruppi più a rischio (nuove patologie emergenti) hanno costituito enormi aggravanti alla fruibilità dei servizi.

Al fine di porre rimedio a tali fenomeni "urbani" e, quindi, per realizzare interventi di riorganizzazione e di riqualificazione dell'assistenza sanitaria, il Governo ha stanziato, nella legge finanziaria del 1999, 1.500 miliardi, integrati fino a 2.400 miliardi con la legge finanziaria del 2000.

Per questo obiettivo è richiesto un cofinanziamento minimo pari al 30 per cento, a carico di altri enti pubblici o privati.

Il programma presenta un carattere spiccatamente trasversale in quanto tende ad affrontare anche quei nodi (comunicazione, trasporti, riequilibrio tra centro e periferie, decongestionamento, qualità della vita) che rendono più difficile il rapporto tra cittadini e Servizio sanitario nazionale.

Il programma non prevede quote predefinite, in quanto intende identificare le effettive criticità delle grandi città e le soluzioni per rimuoverle, i modi, ai tempi di intervento, e la solidità dell'analisi di contesto effettuata.

Pertanto, il programma stesso rappresenta un sistema fortemente innovativo di finanziamento di opere nel settore della sanità, che mette in competizione virtuosa le Regioni attraverso la presentazione di progetti di qualità.

Gli obiettivi del programma sono molto ampi e riguardano interventi strutturali e logistici,

programmi indirizzati all'innalzamento degli standard di salute della collettività, e progetti a carattere organizzativo, con la sperimentazione di nuovi modelli gestionali.

L'orientamento è sostanzialmente il perseguimento di finalità il più possibile trasversali rispetto alle diverse tipologie di intervento.

In questo senso i progetti dovranno favorire:

- il coordinamento delle attività svolte dai singoli soggetti che operano nella sanità dei grandi centri urbani (aziende sanitarie locali, aziende ospedaliere, policlinici, IRCCS, eccetera);
- il coordinamento degli interventi di sviluppo e di riqualificazione delle strutture sanitarie dei centri urbani, secondo criteri rispondenti a logiche di equa distribuzione territoriale dei servizi;
- la razionalizzazione degli investimenti in edilizia ospedaliera e nelle dotazioni tecnologiche;
- il coordinamento degli interventi sanitari con altri interventi di sviluppo e riqualificazione territoriale dell'area (trasporti, urbanistica, acqua, eccetera).

Il decreto ministeriale 15 settembre 1999, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 5 gennaio 2000 fissa "criteri, modalità e termini per la elaborazione e la presentazione dei progetti" e presenta indicazioni generali per la predisposizione del progetto, criteri per la valutazione e azioni di sostegno.

Per favorire la qualità del progetto, il Ministero ha ripartito 15 miliardi, in anticipazione, alle Regioni con decreto ministeriale dell'8 febbraio 2000.

Finanziamenti INAIL (articolo 2, della legge finanziaria 549/95 e articolo 2 della legge finanziaria 662/96). Le leggi finanziarie 1995 e 1996 dispongono, tra l'altro, che l'INAIL debba riservare annualmente il 15 per cento delle proprie risorse alla realizzazione o all'acquisto di opere da locare al Servizio sanitario nazionale o da destinare a centri per la riabilitazione.

Non trattandosi di finanziamenti a fondo perduto, le Regioni hanno dimostrato maggiori incertezze nell'utilizzo di questa opportunità prevista dal legislatore a conferma dell'attenzione al settore dell'edilizia sanitaria dovuta, in gran parte, all'esigenza di assicurare livelli qualitativi di assistenza uniformi su tutto il territorio nazionale.

Il decreto ministeriale del 18 aprile 2000, nell'assolvere al compito di indirizzo nell'utilizzo di dette risorse, ha confermato l'interesse del Ministero a privilegiare aree di intervento quali la riabilitazione, le strutture dedicate all'infanzia, l'acquisto di ospedali dismessi e la riconversione degli stessi in servizi sanitari di rilievo sociale, come le RSA, e la promozione di nuove strutture ospedaliere per accelerare la riqualificazione radicale della rete dell'ospitalità pubblica.

I provvedimenti a oggi adottati impegnano circa 150 miliardi annui.

I programmi europei. Nell'ambito del Quadro comunitario di sostegno (QCS) 2000/2006, la sanità, nell'accezione di salute come benessere globale, è stata riconosciuta a pieno titolo tra gli elementi che compongono la politica di sviluppo del Paese. Il Governo ha riconosciuto al Ministero della sanità un ruolo strategico in quanto titolare di materia a carattere tipicamente trasversale, rispetto ai singoli settori di intervento, investito del compito di garantire la coerenza fra i progetti programmati a livello regionale e la programmazione nazionale.

Per poter garantire un sostegno operativo alla fase attuativa della programmazione dei fondi strutturali contenuta nel documento QCS 2000-2006 il Ministero del tesoro, titolare del

piano operativo (PON) di assistenza tecnica, ha concordato un sistema nazionale di supporto presso ciascuna amministrazione centrale coinvolta nel programma di investimenti. L'attività di assistenza alle cinque Regioni dell'obiettivo 1 (Sicilia, Sardegna, Calabria, Puglia e Basilicata), che viene cofinanziata dal Programma operativo "Assistenza tecnica 2000-2006" per un importo complessivo di programma di circa 10.792 milioni di lire disponibili in sei anni, è articolata in tre misure:

- Misura I.2. - Azioni di assistenza tecnica e supporto operativo per l'organizzazione e la realizzazione delle attività di indirizzo, coordinamento e orientamento delle amministrazioni centrali con competenze trasversali;
- Misura I.4. - Azioni di comunicazione, informazione e pubblicità;
- Misura II.2. - Sviluppo e adeguamento delle strutture e del personale impegnati, con funzioni diverse, nelle attività di programmazione, coordinamento, gestione, sorveglianza e controllo dei programmi dei fondi strutturali.

La libera professione intramoenia (decreto legislativo 254 del 28/7/2000). Il decreto legislativo 254 del 28/7/2000, all'articolo 1, prevede che le Regioni predispongano, entro il 31/12/2000, il programma per la realizzazione delle strutture sanitarie per l'attività libero professionale intramuraria. A tale scopo è prevista la possibilità che le Regioni utilizzi-

Tabella 63. Finanziamenti alle Regioni per strutture di cure palliative

regioni	finanziamenti
Piemonte	22.925.047.180
Valle d'Aosta	1.120.000.000
Lombardia	42.516.853.723
Bolzano	1.742.171.623
Trento	2.179.554.009
Veneto	20.388.774.937
Friuli	7.074.786.057
Liguria	10.344.576.228
Emilia Romagna	21.344.052.211
Toscana	19.250.193.728
Umbria	4.177.500.678
Marche	6.835.787.672
Lazio	21.684.757.022
Abruzzo	5.408.041.217
Molise	1.408.681.831
Campania	19.800.080.989
Puglia	13.791.095.732
Basilicata	2.228.864.596
Calabria	7.091.390.943
Sicilia	18.993.479.783
Sardegna	6.205.309.841
totale	256.511.000.000