

TITOLO VI

RISORSE E STRUMENTI DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

CAPITOLO 13

IL FINANZIAMENTO

13.1. Premessa

La struttura istituzionale dei flussi di finanziamento del Servizio sanitario nazionale (si veda la tavola 13.1) può dirsi ormai consolidata da più di un quinquennio.

L'analisi finanziaria di tali flussi mostra, anch'essa, un consolidamento delle tendenze di fondo: gli equilibri che hanno caratterizzato l'ultimo quinquennio si sono, infatti, ulteriormente stabilizzati.

Gli equilibri a cui si fa riferimento, come vedremo, attengono sia alla composizione delle entrate, sia alla loro evoluzione temporale. Le poche modifiche degne di nota sono relative a ben individuati provvedimenti legislativi, il più importante dei quali a fini esplicativi sembra quello relativo alla modifica delle aliquote contributive.

Il 1986, infatti, essendo intervenuto il citato provvedimento, vede mutare - peraltro temporaneamente - i ritmi di crescita sperimentati negli anni precedenti, così che ai fini della presente analisi tale anno può essere considerato un caso «anomalo» (si veda la tav. 13.1).

Si può, di contro, affermare che il 1987 è un anno di sostanziale conferma: l'unica vera novità normativa dell'anno può essere considerata la sentenza n. 341 del 3 dicembre della Corte Costituzionale, la quale ha dichiarato inammissibili le questioni di legittimità costituzionale sollevate da vari pretori a proposito della cosiddetta «tassa sulla salute» (questioni poste in particolare sull'articolo 31 della legge 41/1986)

Da un punto di vista economico-finanziario l'unica vera modifica attribuibile alla sentenza è quella che dichiara, invece, illegittimo il dispositivo dell'art. 31 della legge 41/1986 per quanto concerne le quote fisse minime da versare, tale innovazione non dovrebbe comunque avere una portata tale da modificare sostanzialmente i dati che interessano (anche per la data di pubblicazione della sentenza in oggetto, che si situa a fine anno).

Sempre per il 1987, va annotata un'apparente anomalia, che si registra nel dato attribuito ai contributi relativi ai lavoratori statali: infatti essi diminuiscono in termini assoluti.

È necessario ricordare, però, che i dati disponibili per il 1987 sono provvisori, in quanto preventivi, e che negli anni passati si è registrata, con regolarità, una sottostima di tale voce. Si ritiene che anche quest'anno la diminuzione di tale entrata sia dovuta semplicemente ad un fenomeno di sottostima, che sarà possibile correggere non appena disponibili i dati di consuntivo del bilancio statale.

Esaurite queste necessarie premesse, si può analizzare l'andamento temporale delle voci di entrata più significative.

13.2. Le entrate sanitarie

La voce dimensionalmente maggiore (intorno all'80% delle entrate) è quella dei contributi riscossi dall'INPS; a tale riguardo, si assiste ad una conferma del trend di crescita reale, a significare una maggiore pressione contributiva sui lavoratori (sia dipendenti che autonomi) e sui datori di lavoro

L'andamento nel quinquennio comporta, in definitiva, un sentiero di crescita dei contributi pari a circa l'11% (tasso medio annuo composto), anche se con fluttuazioni cicliche piuttosto ampie intorno a tale valore.

La disaggregazione di questo dato dimostra un andamento estremamente diversificato dei contributi dei lavoratori dipendenti, rispetto a quello dei lavoratori autonomi.

In particolare, la razionalizzazione del 1986 ha provocato un'accelerazione dell'entrata dei primi (+ 5,3% nel 1985, + 8,7% nel 1986 e + 12,4% nel 1987), mentre i secondi - pur crescendo maggiormente - scontano un rallentamento relativo (+ 38,4% nel 1985, + 11,8% nel 1986 e + 12,4% nel 1987).

Sempre alla ricerca di regole di comportamento stabili, si può vedere che l'insieme delle entrate provenienti dai lavoratori e dai datori di lavoro (compreso lo Stato), essendo pari nel 1987 a 28.273 miliardi, registra una crescita ad un tasso medio del 15,4% (crescendo in lire correnti da 13.830 miliardi del 1982 a 28.273 miliardi del 1987). Le eccezioni rispetto alla sostanziale stabilità di questa crescita sono ampiamente spiegate dalle premesse di questa analisi: il 1986 (+ 32,2%) risente della modifica delle aliquote, ed il 1987 (+ 5,0%) sconta la sottostima dei contributi versati dallo Stato quale datore di lavoro.

Altra conferma si ha per quanto concerne la fiscalizzazione degli oneri contributivi (7.140 miliardi nel 1987), che è in continua e netta diminuzione nel quinquennio: solo nel 1987 si registra un aumento appena superiore al tasso d'inflazione, così che - negli ultimi anni - la pressione contributiva effettiva sulle aziende complessivamente aumenta

Ulteriore conferma viene anche dalla voce di integrazione statale al Fondo sanitario nazionale, per la quale si è innescato un processo nettamente ciclico che vede l'alternarsi di netti miglioramenti ed altrettanto rapidi peggioramenti (intendendo con ciò un andamento dei tassi di variazione percentuale che vede il susseguirsi di accelerazioni e decelerazioni). Il 1987 è - dal punto di vista dell' «onda ciclica» - un anno «negativo» (11.307 miliardi) in quanto si registra una accelerazione dell'incremento della integrazione e, quel che è più preoccupante, di dimensioni impressionanti (oltre il 70%).

A fini interpretativi conviene però rifarsi al tasso medio annuo di incremento, che è risultato del 21,2% nel quinquennio: tale dato indica un incremento dell'integrazione di circa 9 punti percentuali superiore a quello del PIL nello stesso periodo

13.2.1 La composizione delle entrate

Come anticipato più sopra, tali andamenti nel complesso confermano quella che è l'evoluzione della composizione delle entrate per la sanità (si veda la tav. 13.2)

I contributi di malattia sono la voce di gran lunga maggiore (nel 1987 pari a 28.273 miliardi su entrate per 35.958 miliardi)

Nel 1986, per effetto della più volte citata riforma delle aliquote, la quota da essi rappresentata si è spostata dal 52% a circa il 65% e nel 1987 si è assestata su circa il 60% (anche se bisogna poi considerare la probabile sottostima dei contributi dei lavoratori statali).

Se si considerano però anche gli oneri fiscalizzati, che come detto perdono nel quinquennio d'importanza, l'incremento di peso relativo si riduce di circa 5 punti per-

centuali: complessivamente gli oneri contributivi coprono stabilmente circa il 75% del fabbisogno per il Fondo sanitario nazionale (essendo il 1986 una eccezione, con una quota di quasi l'83%).

Analogamente, seppure con la conferma della ciclicità sopra accennata, l'integrazione statale copre il restante 20-25% (le altre voci sono trascurabili e pari all'1-2%).

L'analisi delle entrate per istituzione vede l'INPS (si veda la tav. 13.2) coprire circa l'85% delle entrate, lo Stato il 14% ed il restante 2% proviene da USL, enti locali, ecc.

Anche in questo caso la proporzione è piuttosto stabile nel tempo.

In sintesi, si può riassumere l'analisi dell'evoluzione e della composizione delle entrate per la sanità, con tre osservazioni

In primo luogo la razionalizzazione delle aliquote, entrata in vigore nel 1986 (per un quadro semplificato riassuntivo si veda la tav. 13.3), seppure ha il pregio di avere eliminato molte - anche se non tutte - iniquità, non ha però modificato proporzionalmente la struttura delle entrate; in pratica si osserva una redistribuzione del finanziamento mediante contributi, che incrementa gli oneri effettivamente a carico dei lavoratori e delle imprese, diminuendo gli oneri fiscalizzati

In secondo luogo, è comunque dimostrata una tendenza a ricorrere sempre più al prelievo contributivo, contraddicendo in questo modo le indicazioni della legge 833/78 (art. 76), che detta il principio della completa fiscalizzazione degli oneri sociali per la sanità. Tale mancata attuazione diviene tanto più grave in quanto continua a sussistere una forte sperequazione fra prelievo sul lavoro dipendente ed autonomo: quest'ultimo, infatti, pur rappresentando quasi un terzo dell'occupazione versa poco meno del 17% dei contributi.

Infine si può notare un andamento ciclico delle entrate che potrebbe essere interpretato come conferma della inveterata abitudine alla sottostima delle necessità sanitarie. Infatti sembrerebbe che tale andamento dipenda da un dosaggio delle norme, teso a garantire un livello stabile di copertura delle uscite, seguendo di fatto una logica finanziaria piuttosto che le reali esigenze del comparto.

A riprova di ciò, si ritiene che il dato relativo allo stanziamento del Fondo sanitario nazionale di parte corrente del 1984 (34.000 miliardi, con un incremento negativo in termini assoluti: -0,8%) e quello del 1986 (40.857 miliardi con un incremento del +4,2%, inferiore al tasso d'inflazione), debbano far riflettere sulla politica di sottostima adottata, che si riflette nell'anno sull'integrazione (che nei due anni citati ha registrato i livelli minimi), per poi aggravare l'esercizio successivo (infatti, puntualmente, nel 1985 l'integrazione è cresciuta del 51,2% e nel 1987 del 76,5%).

13.2.2. Entrate dirette e entrate in conto capitale

Per completare il quadro delle entrate delle USL, bisogna considerare ancora le entrate dirette e le entrate in conto capitale.

Le prime (corrispondenti al titolo II dei rendiconti delle Unità sanitarie locali) sono per lo più proventi di servizi a pagamento resi alle famiglie, e risentono fortemente dei livelli di compartecipazione alla spesa (tickets) stabiliti dal legislatore (si veda la tavola 13.4).

Si noti a questo proposito la variazione percentuale negli anni 1986/85 e 1987/86 che trova la sua contropartita normativa nei provvedimenti della legge 733/1984, che ha previsto l'esenzione dal ticket sulla assistenza farmaceutica per i soggetti affetti da particolari forme morbose e la legge 31/1986 che ha invece aumentato tale ticket.

Viceversa la contrazione delle entrate dirette nel 1987 è effetto del D.L. 921/1986 convertito con la legge 531/1987, che rivede il ticket sulla farmaceutica e, specialmente, sopprime quello sulla diagnostica strumentale e di laboratorio.

Non bisogna dimenticare peraltro che le cifre in questione (riportate nella tav. 13.4) costituiscono solo parzialmente un autofinanziamento locale delle spese correnti, in quanto una quota (relativa ai capitoli 028, 031, 034, 037, 040, 043, 046, 052) è destinata alle spese in conto capitale.

Dai rendiconti delle USL non è possibile risalire all'utilizzo effettivo di queste entrate: il Consiglio Sanitario Nazionale nella seduta del 1° ottobre 1987 ha adottato la risoluzione di stimare la quota da destinare alle spese in conto capitale nel 50% dei sopra citati capitoli, in conformità a quanto operato dalla maggior parte delle USL (così che l'autofinanziamento locale è stato stimato in 1.004 miliardi nel 1984, 750 nel 1985, 950 nel 1986 e 550 nel 1987).

Per quanto concerne le entrate in conto capitale, tale voce è stata ampiamente rivalutata negli ultimi anni, ponendo così la base per una seria politica d'investimento. I problemi riguardano la capacità di spesa di tali somme, che ancora presenta situazioni di difficoltà.

L'incremento del 1987 risulta essere in linea con l'inflazione e comunque è coerente con le previsioni delle leggi «finanziarie» del biennio precedente.

Sembra significativa la ripartizione effettuata, che destina oltre il 36% del fondo alle innovazioni ed il 25% alle trasformazioni.

13.2.3 *La ripartizione del Fondo sanitario nazionale*

La ripartizione regionale del FSN vede per la prima volta nel 1987 l'applicazione del nuovo modello di riparto predisposto dal Ministero della Sanità, del quale appare utile ricordare le linee essenziali.

Il FSN è articolato in quattro aree: Prevenzione collettiva (PC), Assistenza sanitaria extra-ospedaliera (ASE), Assistenza sanitaria ospedaliera (ASO), Organizzazione istituzionale (OI), a queste aree si affiancano i fondi con vincolo di destinazione (per la formazione ed aggiornamento del personale, per la ricerca finalizzata, per l'educazione sanitaria, per le azioni programmate ed i progetti obiettivo indicati dalla legge 595/1985) ed i fondi a ripartizione centrale (destinati alla Croce Rossa Italiana, agli istituti zooprofilattici sperimentali e agli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico).

La quota destinata alle quattro aree, al primo livello, viene ripartita secondo percentuali decise di anno in anno, in base ad un obiettivo finale approvato dal C.S.N. (che prevede per il 1989 un peso del 7% per la PC, del 40% per l'ASE, del 48% per l'ASO, e del 5% per l'OI) ed in base alla distanza del dato storico da questo obiettivo: per il 1987 la PC ha avuto il 4%, l'ASE il 37,9%, l'ASO il 52,7% e l'OI il restante 5,4%.

Al secondo livello si opera la ripartizione regionale, in base a specifici indicatori del bisogno sanitario.

Il modello considera, in tal senso, quattro fondamentali variabili: il bisogno specifico per funzione (medicina di base, guardia medica, guardia turistica, specialistica extra-ospedaliera, farmaceutica, riabilitazione, ospedaliera convenzionata, ecc.), il bisogno specifico per fasce d'età della popolazione, il rischio sanitario specifico per regione in funzione del relativo livello di mortalità, la mobilità sanitaria regionale.

In particolare, è centrale nel modello il calcolo di una popolazione standardizzata, pesata in base a coefficienti di bisogno sanitario diversificati secondo le classi d'età 0-12, 12-59, 59 e oltre; inoltre a tale popolazione è applicato il rapporto standardizzato di

mortalità, assunto come indicatore del rischio sanitario specifico regionale. Tale indice è applicato solo alla ripartizione del finanziamento per la farmaceutica, la specialistica e l'ospedaliera, nella misura del 5% della variazione complessiva calcolata.

Tra gli altri indicatori utilizzati i più importanti sono: il reddito medio pro-capite (per il calcolo del gettito del ticket), la popolazione animale in unità bovine equivalenti, la quantità di carni macellate, la differenza fra posti letto e standard previsto dalla legge 595/1985, il numero di ore di guardia medica e le presenze turistiche.

L'applicazione del modello di riparto è stata peraltro parziale, in quanto si è mediata l'elaborazione così ottenuta con la situazione storica (basata cioè sui riparti secondo la spesa storica).

Tale mediazione si è effettuata tenendo conto delle singole situazioni regionali (indicando un numero di anni variabile fra uno e nove per raggiungere gli obiettivi) ed anche delle disponibilità finanziarie assegnate per il fondo di riequilibrio.

L'applicazione del modello, complessivamente, non ha provocato riallocazioni molto evidenti rispetto al criterio della spesa storica (valutate in circa 900 miliardi); piuttosto ha destato qualche perplessità la decurtazione a cui è soggetta - con questo criterio - qualche regione meridionale, per lo più per effetto della considerazione della mobilità sanitaria ospedaliera, che per tali regioni ha segno negativo.

Tavola 13.1 - Entrate sanitarie (miliardi di lire).

ENTRATE PER ISTITUZIONE	Anno						Variazioni percentuali						
	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	82/81	83/82	84/83	85/84	86/85	87/86
Da INPS	11 569	17 789	21 126	22 802	24 360	27 058	30 460	53,8	18,8	7,9	6,8	11,1	12,6
Contr di mal lav dip	8 481	12 870	14 940	15 507	16 331	17 752	19 958	51,8	16,1	3,8	5,3	8,7	12,4
Contr di mal lav aut	1 090	1 915	2 269	2 865	3 966	4 434	4 986	75,7	18,5	26,3	38,4	11,8	12,4
Eccedenza F N A O	800	1 900	2 675	3 150	2 770	3 400	3 958	137,5	40,8	17,8	-12,1	22,7	16,4
Altre entrate	1 198	1 104	1 242	1 280	1 293	1 472	1 558	-7,9	12,5	3,1	1,0	13,8	5,8
Da Stato	2 018	2 912	3 227	3 807	4 266	6 642	4 953	44,3	10,8	18,8	12,1	55,7	-25,4
Altri	609	687	195	800	610	749	545	12,8	-71,6	310,5	-23,8	22,8	-27,2
Totale entrate	14.196	21.388	24.548	27.409	29.236	34.449	35.958	50,7	14,8	11,7	6,7	17,8	4,4
Finanziamento del F.S.N.													
Datori di lavoro e lavoratori	7 986	13 830	16 372	17 863	20 374	26 930	28 273	73,2	18,4	9,1	14,1	32,2	5,0
Enti locali, regioni, USL	609	687	195	800	610	749	545	12,8	-71,6	310,3	-23,8	22,8	-27,2
Fiscalizzazione	5 601	6 871	7 981	8 746	8 252	6 770	7 140	22,7	16,2	9,6	-5,6	-18,0	5,5
Integrazione statale al F.S.N.	7 673	4 322	9 738	6 591	9 964	6 408	11 307	-43,7	125,3	-32,3	51,2	-35,7	76,5
F.S.N. di parte corrente	21.869	25.710	34.286	34.000	39.200	40.857	47.265	17,6	33,4	-0,8	15,3	4,2	15,7

Fonte Ministero della Sanità - Relazione generale sulla situazione economica del Paese

Tavola 13.2 - Entrate sanitarie (composizione percentuale)

ENTRATE PER ISTITUZIONE	Anno						
	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987
Da INPS	81,5	83,2	86,1	83,2	83,3	78,5	84,7
Contr. di mal. lav. dip	59,7	60,2	60,9	56,6	55,9	51,5	55,5
Contr. di mal. lav. aut	7,7	9,0	9,2	10,5	13,6	12,9	13,9
Eccedenza F.N.A.O.	5,6	8,9	10,9	11,5	9,5	9,9	11,0
Altre entrate	8,4	5,2	5,1	4,7	4,4	4,3	4,3
Da Stato	14,2	13,6	13,1	13,9	14,6	19,3	13,8
Altri	4,3	3,2	0,8	2,9	2,1	2,2	1,5
Totale entrate . . .	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Finanziamento del F.S.N.							
Datori di lavoro e lavoratori . . .	36,5	53,8	47,8	52,5	52,0	65,9	59,8
Enti locali, regioni, USL . . .	2,8	2,7	0,6	2,4	1,6	1,8	1,2
Fiscalizzazione	25,6	26,7	23,3	25,7	21,1	16,6	15,1
Integrazione statale al F.S.N.	35,1	16,8	28,4	19,4	25,4	15,7	23,9
F.S.N. di parte corrente . . .	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte. Ministero della Sanità - Sistema Informativo Sanitario - Relazione generale sulla situazione economica del Paese (anni dal 1981 al 1987)

Tavola 13.3 - Contributi di malattia (aliquote e lire).

		<i>Contributi in percentuale del salario</i>			
		1984 (a)	1985 (a)	1986 (b)	1987 (b)
Lavoratori dipendenti	max	12,93	12,93	10,95	10,95
	min	3,45	3,45	10,95	10,95
Lavoratori autonomi	max	—	—	—	—
	min	—	—	—	—
Cittadini non assicurati	max	—	—	—	—
	min	—	—	—	—
		<i>Contributi in percentuale del reddito</i>			
		1984	1985	1986 (d)	1987 (d)
Lavoratori dipendenti	max	—	—	—	—
	min	—	—	—	—
Lavoratori autonomi	max	(c) 35,00	(c) 35,00	7,50	7,50
	min	4,00	4,00	7,50	7,50
Cittadini non assicurati	max	5,50	5,50	7,50	7,50
	min	5,50	5,50	7,50	7,50
		<i>Contributo in cifra fissa (e)</i>			
		1984	1985	1986	1987
Lavoratori dipendenti	max	—	—	—	—
	min	—	—	—	—
Lavoratori autonomi	max	351.233	380.385	648.000	648.000
	min	210.698	228.186	648.000	648.000
Cittadini non assicurati	max	175.000	200.000	648.000	648.000
	min	175.000	175.000	648.000	648.000

a) Per i pensionati 1,00
b) 10,95 per il reddito fino a 40 milioni, 4,00 per il reddito fra 40 e 100 milioni
c) Sul reddito agrario oltre lire 10.000
d) 7,50 per il reddito fino a 40 milioni, 4,00 per il reddito fra 40 e 100 milioni
e) Nel 1986 e 1987 si tratta di minimi

Fonte: elaborazione ISIS su dati INPS

Tavola 134 - Entrate di competenza delle USL (miliardi di lire)

	Anno				Variazioni percentuali		
	1984	1985	1986	1987	85/84	86/85	87/86
Parte corrente	34 922	40 399	42 822	48.168	15,7	6,0	12,5
F.S.N.	34 000	39 200	40 857	47 259	15,3	4,2	15,7
Altre entrate	922	1 199	1 965	903	30,1	63,8	-54,0
F.S.N. in conto capitale	720	1 160	1 610	1 680	61,1	38,8	4,3
Totale entrate . . .	35.642	41.559	44.432	49.848	16,6	6,9	12,2

Fonte Ministero della Sanità - Relazione generale sulla situazione economica del Paese (anni dal 1981 al 1987)

PAGINA BIANCA

LA SPESA*Target OMS n. 34 - Pianificazione e allocazione delle risorse.*

Entro il 1990 gli Stati membri dovranno dotarsi di un sistema di gestione dello sviluppo sanitario, basato sulla realizzazione della salute per tutti, che implichi il coinvolgimento delle comunità e di tutti i settori a vocazione sanitaria e che preveda anche la conseguente assegnazione preferenziale delle risorse in funzione degli imperativi dello sviluppo sanitario.

La spesa sanitaria nel 1986 è risultata a consuntivo di 45.249 miliardi di lire, pari al 5,01% del Prodotto Interno Lordo e a 784 mila lire per abitante. Nel 1987, invece, la spesa ammonta a 54.275 miliardi di lire, pari al 5,52% del Prodotto Interno Lordo e a circa 940 mila lire per abitante (tavola 14.1)

In quest'ultimo anno si registra quindi, rispetto al precedente, un incremento della spesa di 9.026 miliardi di lire, con un aumento complessivo del 19,9% (figg. 14.1 e 14.2).

Occorre, però, sottolineare che i rendiconti relativi all'anno 1987, in particolare per quanto riguarda la spesa di personale, di medicina generale e pediatria e di specialistica convenzionata interna, risultano comprensivi degli oneri relativi ai rinnovi contrattuali e convenzionali perfezionatisi nel corso dell'anno 1987 ma di competenza dell'esercizio 1986.

14.1. Analisi delle singole voci di spesa

Sulla base di quest'ultimo dato globale nazionale è possibile analizzare l'incidenza percentuale delle singole voci sul totale d'aumento della spesa ospedaliera (fig 14.3).

Nel biennio 1986-87, gli impegni di spesa e la relativa composizione percentuale per aggregati a livello nazionale, assumono i valori della tavola 14.2.

Dal confronto tra la composizione percentuale delle singole voci di spesa, tra il 1986 e il 1987, si rileva una diminuzione dell'incidenza sul totale della spesa, della voce «personale» (dal 40,05 del 1986 al 39,65 del 1987) dovuta al fatto che non sono stati ancora conteggiati gli oneri complessivi del rinnovo contrattuale (figg. da 14.4 a 14.6) e soprattutto della voce «beni e servizi» (dal 18,17 del 1986 al 17,07 del 1987) per la quale va comunque considerato l'incremento notevole in termini di valori assoluti e comunque maggiore rispetto al tasso d'inflazione (figg. da 14.7 a 14.9).

Sono invece in lieve aumento le voci «assistenza farmaceutica» (figg. da 14.10 a 14.12), «assistenza di base» (figg. da 14.13 a 14.15), «assistenza specialistica ambulatoriale interna», mentre un aumento più sostenuto si è avuto per quel che riguarda l'«assistenza specialistica convenzionata esterna» (dal 3,02 del 1986 al 3,90 del 1987),

incremento dovuto sostanzialmente all'aumento dei consumi in seguito all'abolizione del ticket, in quanto non risulta ancora applicata la nuova convenzione (figg da 14.16 a 14.18). È rimasta invece pressoché costante la voce «altra assistenza».

In termini assoluti, sono ancora le voci «beni e servizi», «personale» e «assistenza farmaceutica» (che rappresentano in massima parte il comparto ospedaliero) a gravare in modo prioritario, rispetto alle altre voci, sull'ammontare complessivo della spesa sia nel 1986 che nell'esercizio 1987 (tav. 14.3).

14.2. Analisi della distribuzione territoriale della spesa

L'analisi territoriale della spesa nel suo complesso indica una elevata variabilità

Nel 1987 a fronte di una spesa media nazionale pro-capite di 940 mila lire (tav. 14.4) si passa da un valore minimo inferiore a 800 mila lire (Basilicata) a valori massimi superiori ad 1 000.000 (Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Marche, Lazio e Friuli-Venezia Giulia, P a di Trento) (fig. 14.19).

A tale proposito bisogna, però, ricordare che i valori considerati non tengono conto degli oneri relativi ai ricoveri di degenti provenienti da altre regioni. Di conseguenza il divario effettivo tra regioni con spesa media più alta (in genere importatrici di cittadini di altre regioni) e regioni con spesa media più bassa (esportatrici di cittadini) risulta essere meno accentuato (fig. 14.20)

Aggiornando le informazioni dello scorso esercizio con i dati dell'esercizio 1987, sintetizzando ulteriormente, ne deriva la seguente tavola 14.5.

A livello regionale, l'incidenza percentuale della spesa sul totale nazionale nel corso del biennio 1986-87 è riportata nella tavola 14.6.

Si può osservare come in gran parte delle regioni vi sia stato un aumento della spesa dal 1986 al 1987, anche se piuttosto modesto, tanto da evidenziare come a livello regionale l'aumento nazionale è stato «equidistribuito».

14.3. Considerazioni conclusive sull'esercizio 1987

Facendo un confronto tra il totale delle entrate correnti e quello delle spese correnti di competenza è possibile desumere la situazione finale del S.S.N. per l'esercizio 1987.

Sia per il 1986 che per il 1987, la spesa è stata maggiore della entrata procurando, quindi, a fine esercizio, un disavanzo del S.S.N. di 5.513 miliardi di lire per il 1986 e di 5 285 miliardi di lire per il 1987. A chiarimento di ciò si riporta la seguente tavola 14 7

Tavola 14.1 - Spesa sanitaria pubblica e P.I.L. negli anni 1986-87.

ANNI	Spesa sanitaria pubblica (miliardi)	% su P.I.L.	P.I.L. (miliardi)
1986	45.249	5,01	902.238
1987	54.275	5,52	982.595

Fonte Ministero della Sanità, Sistema Informativo Sanitario, rendiconti USL IV trimestre 1987

Tavola 14.2 - Spesa corrente a livello nazionale (in miliardi di lire e composizione %) - Anni 1986-1987

	1986	1987	1986	1987
Spesa complessiva (da rendiconti)	45.249	54.275	100	100
di cui				
Personale	18.122	21.522	40,05	39,65
Beni e servizi	8.222	9.268	18,17	17,07
Assistenza farmaceutica	7.730	9.495	17,08	17,49
Assistenza di base	2.846	3.665	6,29	6,75
Assistenza specialistica ambulatoriale interna	481	625	1,06	1,15
Assistenza ospedaliera convenzionata	4.583	5.398	10,13	9,94
Assistenza specialistica convenzionata esterna	1.368	2.120	3,02	3,90
Altra assistenza	1.258	1.530	2,20	2,82
Altro	263	241	0,58	0,44
Altre differenziali	185	230	0,41	0,42
Compartecip. libero-professionali	191	181	0,42	0,33

Fonte. Ministero della Sanità, Sistema Informativo Sanitario, rendiconti USL IV trimestre 1987

Tavola 143 - Confronto delle voci di spesa relativo al biennio 1986-1987 e rispettiva variazione percentuale (valori in miliardi di lire)

	1986 (1)	1987 (2)	(2)-(1)	(2)-(1)%
Personale.	18.122	21.522	+ 3.400	+ 18,8
Beni e servizi	8 222	9 268	+ 1 046	+ 12,7
Assist di base	2 846	3 665	+ 819	+ 28,8
Ass spec conv est	1 368	2 120	+ 725	+ 55,0
Ass osp conv	4 583	5.398	+ 815	+ 17,8
Ass spec. amb int	480	625	+ 145	+ 30,2
Ass farmaceutica (*)	7 730	9 495	+ 1 765	+ 22,8

(*) Da rilevare che nei dati di rendiconto 4 regioni imputano la spesa al lordo del ticket, pertanto i dati effettivi della spesa a carico delle USL rilevano 7 465 miliardi nel 1986 e 9 385 nel 1987

Fonte Ministero della Sanità, Sistema Informativo Sanitario, rendiconti USL IV trimestre 1987

Tavola 14.4 - Spesa media regionale per abitante.

REGIONI	Spesa media/abitante (lire)		Scostamenti percentuali rispetto alla spesa media nazionale		Spesa media per abitante al netto della mobilità osped	
	1986	1987	1986	1987	1986	1987
Piemonte	773.506	895 987	- 1	- 5	779 000	905.000
Valle d'Aosta	741 984	932 704	- 5	- 1	818 000	1.009.000
Lombardia	737 741	889 464	- 6	- 5	729 000	877 000
P.A. Bolzano	781 173	899 586	- 0	- 4	785 000	900 000
P.A. Trento	878 837	1 007 537	12	7	891 000	1 015 000
Veneto	827 998	980 302	6	4	812 000	962 000
Friuli-Venezia Giulia	902.127	1 094 375	15	16	872 000	1 064 000
Liguria	876.373	1 048 330	12	12	834 000	995 000
Emilia-Romagna	883.172	1 055.616	13	12	845.000	1 015.000
Toscana	854 321	1 025.611	9	9	842.000	1 013 000
Umbria	789 172	950.496	1	1	781.999	940 000
Marche	860 781	1 025 160	10	9	854.000	1.022 000
Lazio	855 162	1.014 261	9	8	837 000	1 001 000
Abruzzo	785 431	919 019	0	- 2	805 000	933 000
Molise	714 712	860 046	- 9	- 9	729 000	896 000
Campania	737 548	869 999	- 6	- 7	759 000	889.000
Puglia	721 893	858 242	- 8	- 9	735 000	872.000
Basilicata	668.813	798 688	-15	-15	747 000	887.000
Calabria	703.583	873 352	-10	- 7	756 000	930 000
Sicilia	730.515	923 473	- 7	- 2	759.000	952.000
Sardegna	708.102	894.268	-10	- 5	730 000	912 000
Media nazionale	784.464	940.419			785.000	940.000

Fonte Ministero della Sanità, Sistema Informativo Sanitario rendiconti USL anni 1986 e 1987.

Tavola 14.5 - Differenze di spesa relative agli esercizi 1986 e 1987.

ANNI	Scarto tra val min e max	Valore medio	% scarto su val medio
Esercizio 1986	234	785	29,80
Esercizio 1987	295	940	31,38

Fonte Ministero della Sanità, Sistema Informativo Sanitario, rendiconti USL IV trimestre 1987

Tavola 14.6 - Distribuzione regionale delle spese correnti
(valori in miliardi di lire).

REGIONI	Spese correnti		% sul totale	
	1986	1987	1986	1987
Piemonte	3 404,883	3 938,931	7,52	7,25
Valle d'Aosta	84,464	106,529	0,19	0,20
Lombardia	6 575,893	7 918,491	14,53	14,50
P.A. Bolzano	341,073	393,396	0,75	0,72
P.A. Trento	392,906	450,696	0,87	0,83
Veneto	3 641,142	4 315,078	8,05	7,95
Friuli-Venezia Giulia	1 108,354	1 338,765	2,45	2,47
Liguria	1 561,488	1 850,184	3,45	3,40
Emilia-Romagna	3 493,162	4 162,695	7,72	7,68
Toscana	3 061,646	3 657,324	6,77	6,74
Umbria	646,181	779,165	1,43	1,43
Marche	1 232,536	1 468,358	2,72	2,70
Lazio	4 364,842	5 191,038	9,65	9,56
Abruzzo	987,324	1 159,243	2,18	2,13
Molise	238,731	287,714	0,52	0,53
Campania	4 179,888	4 953,328	9,24	9,12
Puglia	2 895,268	3 458,512	6,40	6,37
Basilicata	415,904	497,970	0,92	0,91
Calabria	1 504,601	1 876,175	3,32	3,46
Sicilia	3 768,659	4 767,897	8,33	8,78
Sardegna	1 165,418	1 473,683	2,58	2,71
Altre diff. li	185,000	230,000	0,41	0,42
ITALIA . . .	45.249,000	54.275,000	100,00	100,00

Fonte: Ministero della Sanità, Sistema Informativo Sanitario - rendiconti USL IV trimestre 1987.

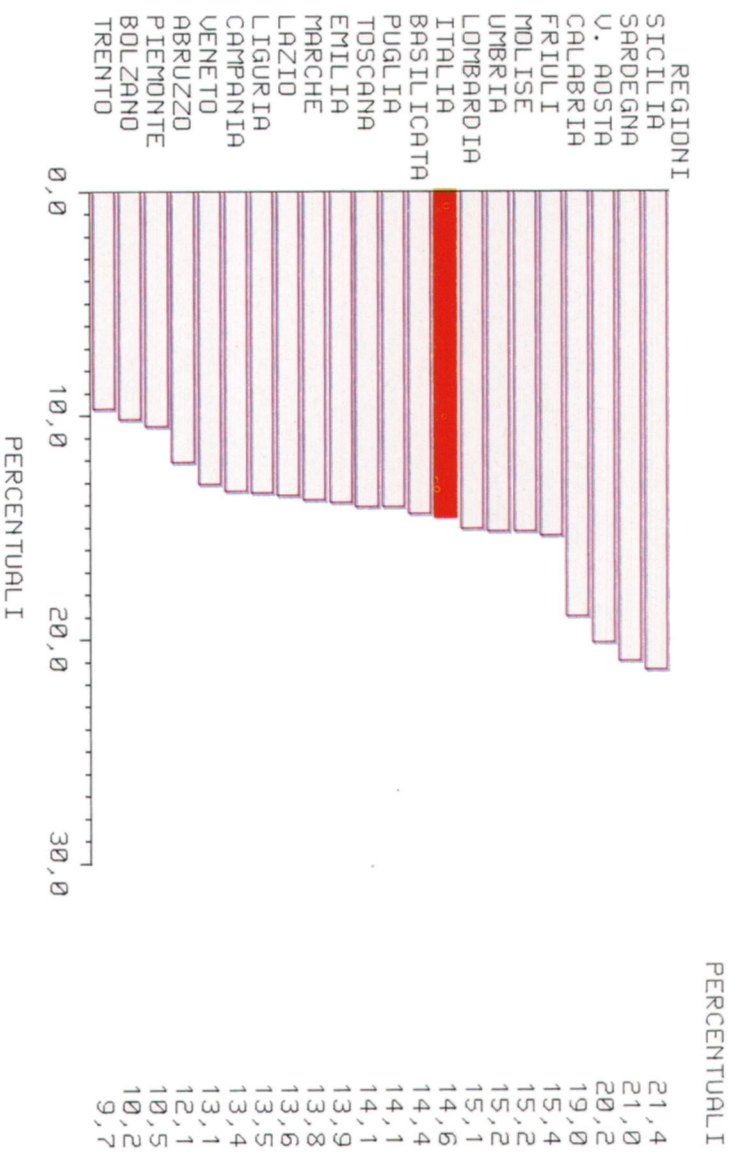
Tavola 14.7 - Disavanzi USL dal 1986 al 1987 (miliardi di lire).

	1986	1987
Spesa S.S.N. (competenza)	(*) 47.320	(**) 53.100
Entrate proprie (calcolate al 50%)	950	550
F.S.N. di parte corrente	40.857	(***) 47.265
Disavanzo	5.513	5.285
(*) Spesa da rendiconti più gli oneri relativi al rinnovo del contratto e delle convenzioni perfezionatisi nell'anno 1987 (**) Spesa da rendiconti deputata dagli impegni relativi agli anni precedenti (***) Il F.S.N. 1987 è al netto dei 6,4 miliardi aggiunti per la legge n. 115 per la prevenzione del diabete mellito		

Fonte: elaborazione ISIS su dati Servizio Informativo Sanitario, Ministero della Sanità, rendiconti USL IV trimestre 1987

PAGINA BIANCA

VARIAZIONI PERCENTUALI RISPETTO AL 1986 SPESE CORRENTI



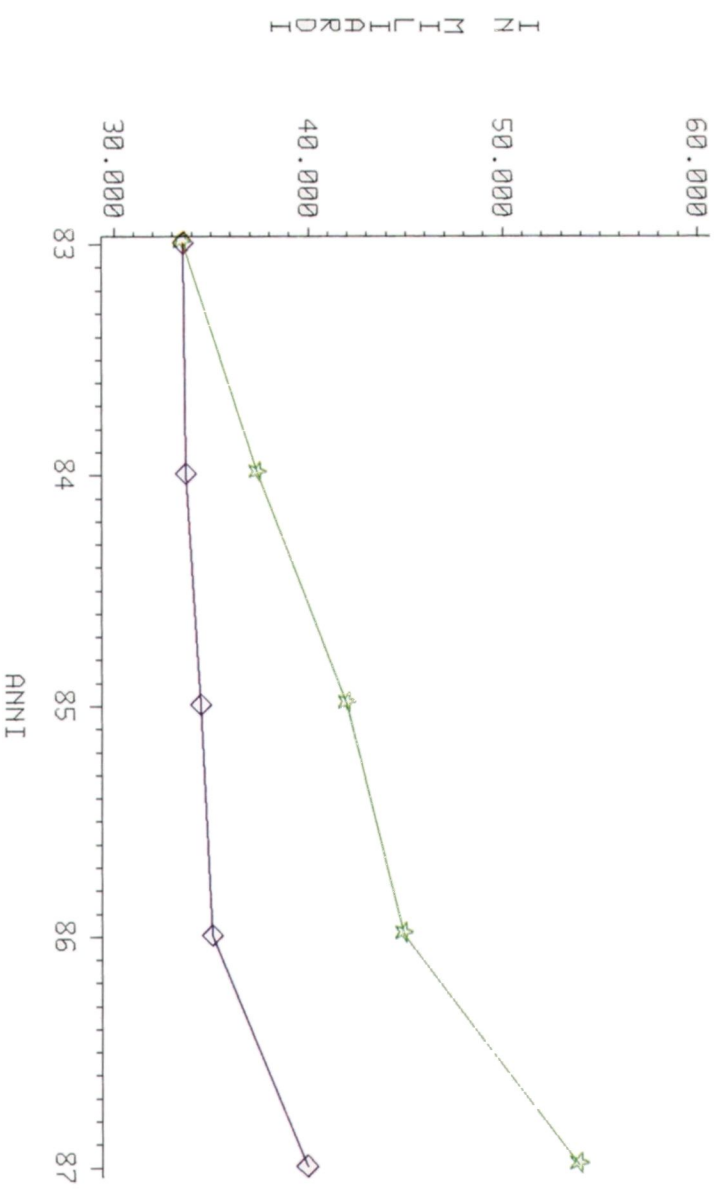
FONTE: S.C.P.S.

VALORI COSTANTI

FIG. 14.1

PAGINA BIANCA

ANDAMENTO DELLE SPESE CORRENTI



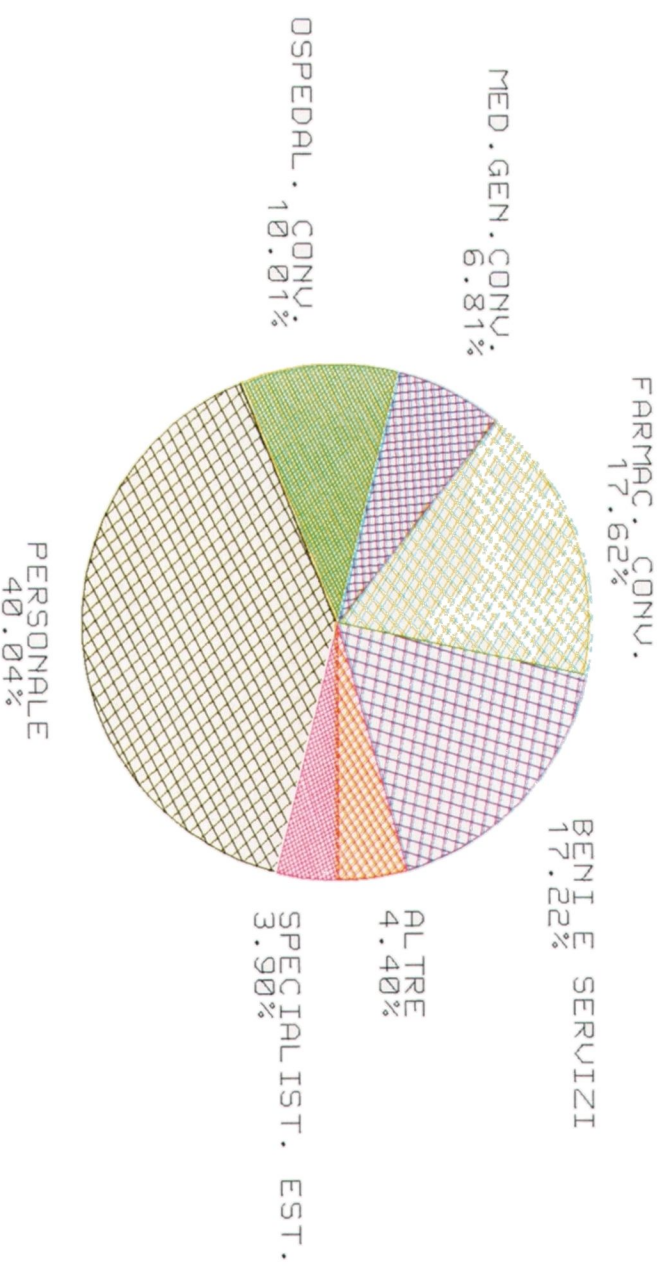
LEGENDA: \diamond = valori costanti
 \star = valori correnti

FONTE: S.C.P.S.

FIG. 14.2

PAGINA BIANCA

INCIDENZA PERCENTUALE – ANNO 1987



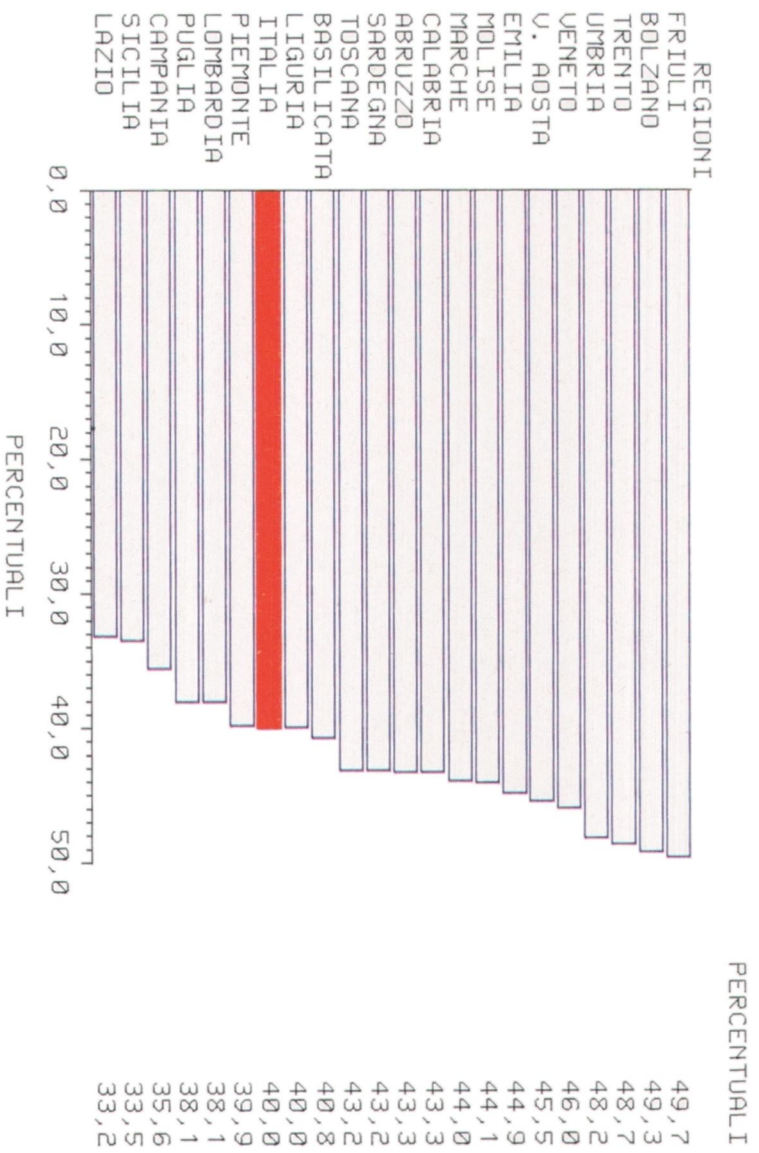
IL SETTORE "AL TRE" INCLUDE AGGREGAZIONI ECONOMICHE
CIAASCUNA DI IMPORTO INFERIORE AL 3 %

FONTE: S.C.P.S.

FIG. 14.3

PAGINA BIANCA

INCIDENZA PERCENTUALE SUL TOTALE DELLE SPESE CORRENTI PERSONALE DIPENDENTE

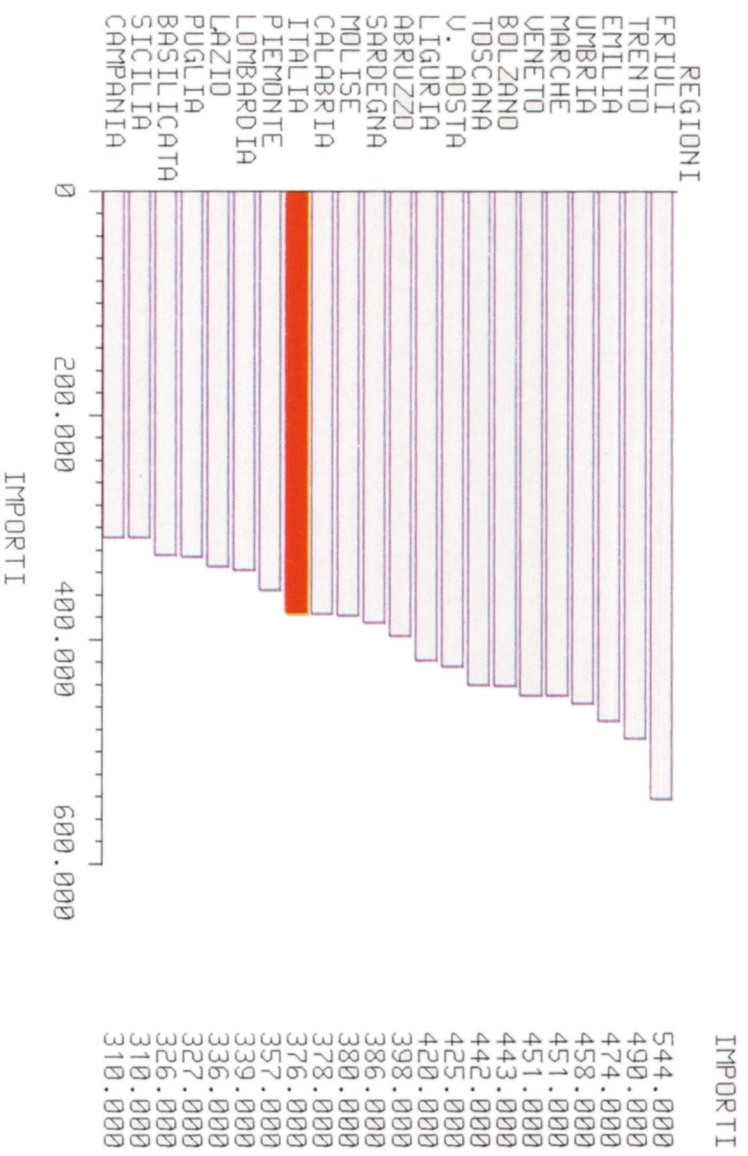


FONTE: S.C.P.S.

FIG. 14.4

PAGINA BIANCA

SPESA REGIONALE PER ABITANTE PERSONALE DIPENDENTE

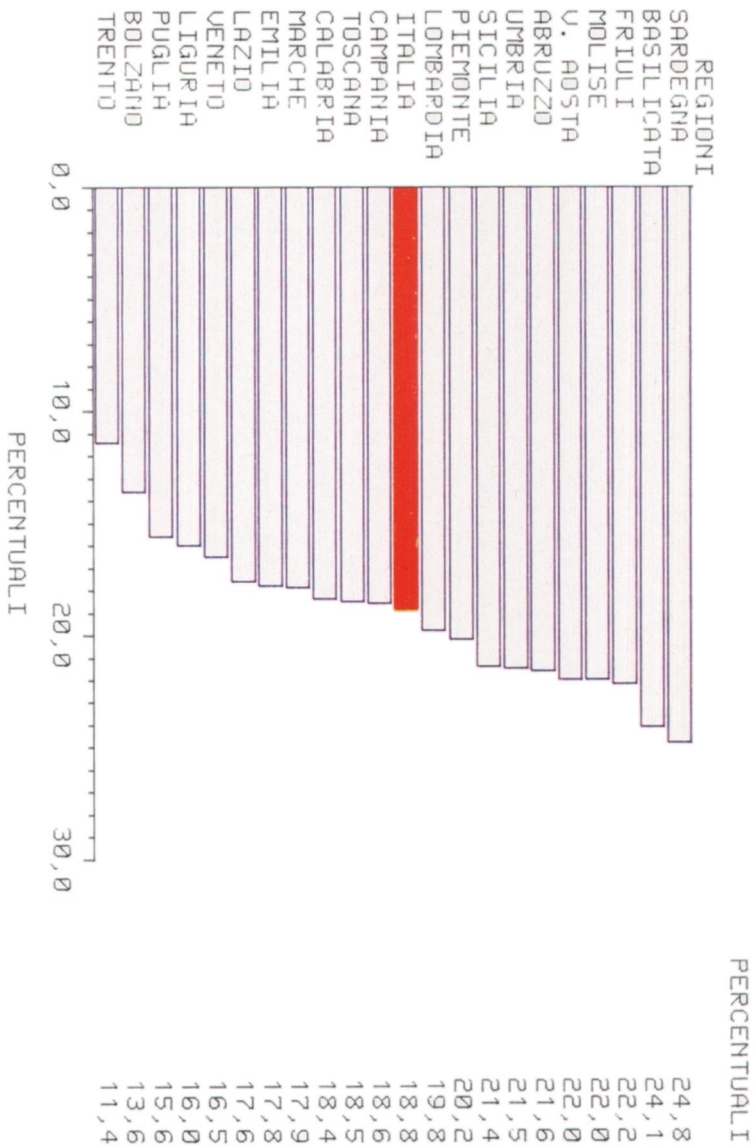


FONTE: S.C.P.S.

FIG. 14.5

PAGINA BIANCA

VARIAZIONI PERCENTUALI RISPETTO AL 1986 PERSONALE DIPENDENTE

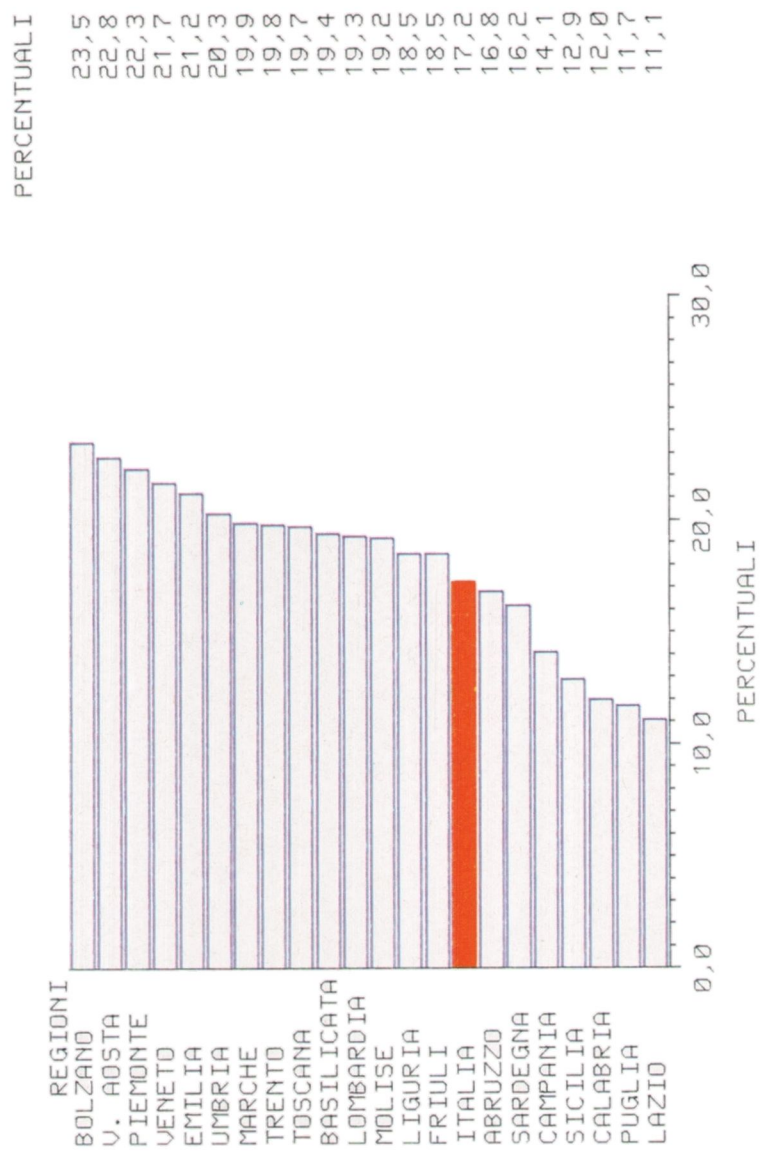


FONTE: S.C.P.S.

FIG. 14.6

PAGINA BIANCA

INCIDENZA PERCENTUALE SUL TOTALE DELLE SPESE CORRENTI BENI E SERVIZI

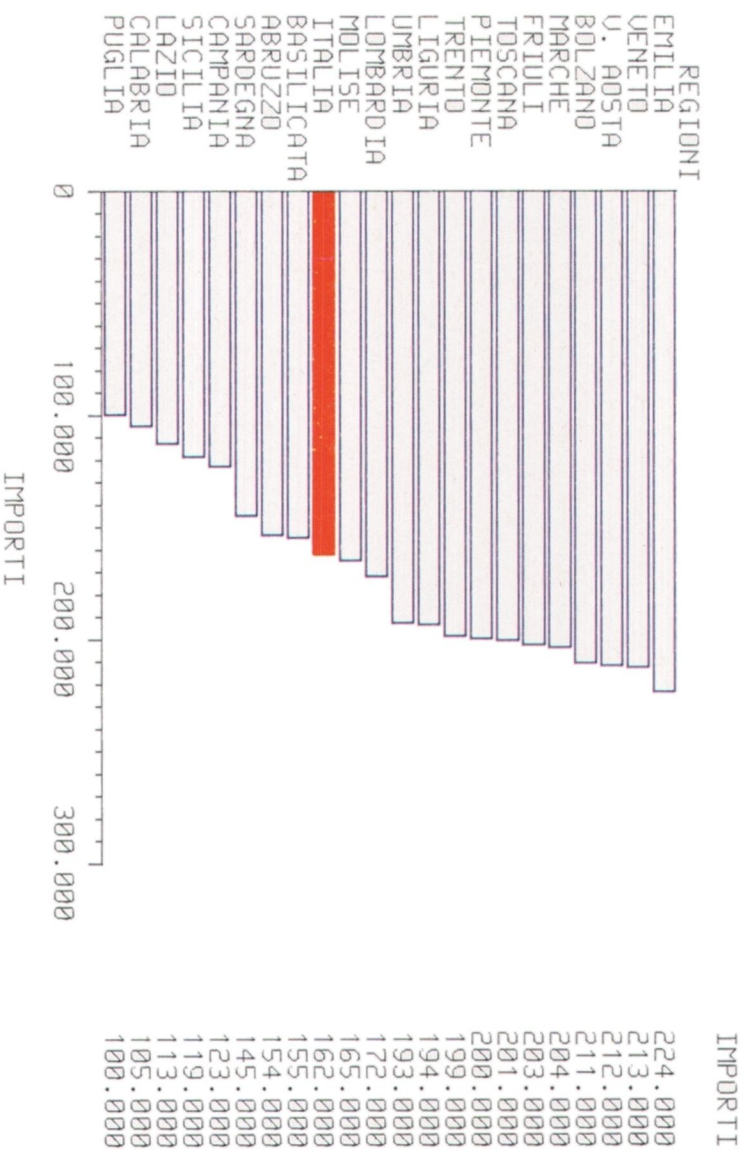


FONTE: S.C.P.S.

FIG. 14.7

PAGINA BIANCA

SPESA REGIONALE PER ABITANTE BENI E SERVIZI

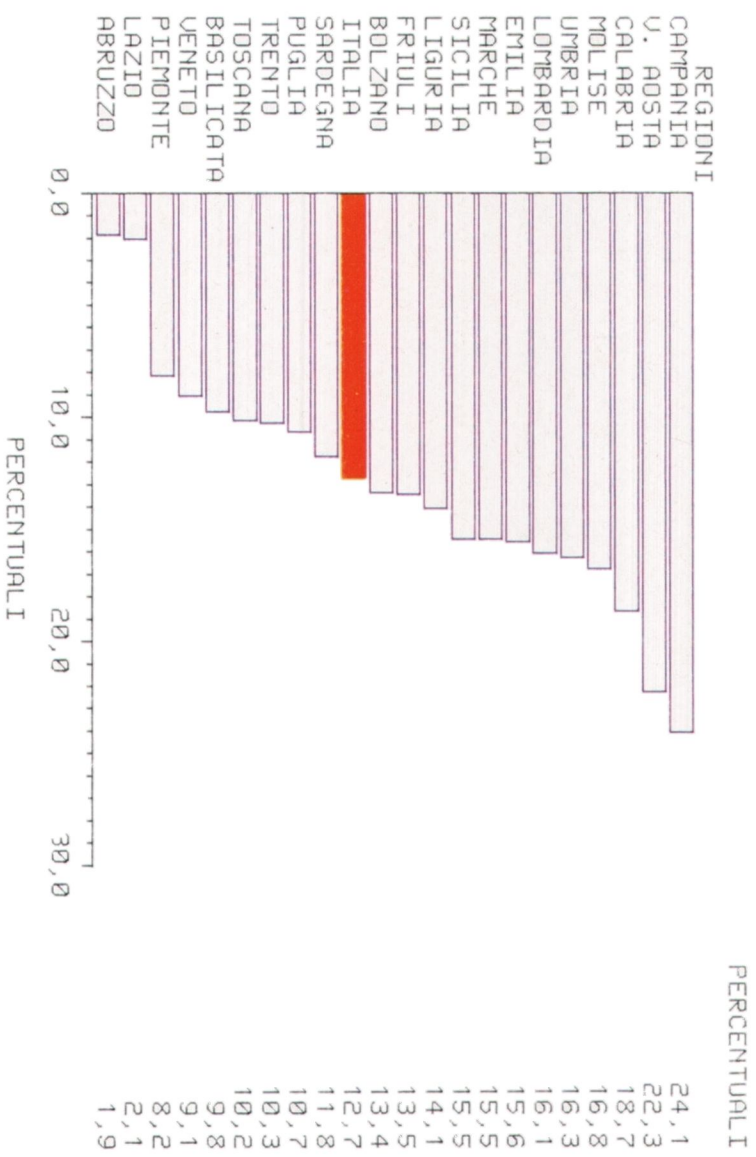


FONTE: S.C.P.S.

FIG. 14.8

PAGINA BIANCA

VARIAZIONI PERCENTUALI RISPETTO AL 1986 BENI E SERVIZI

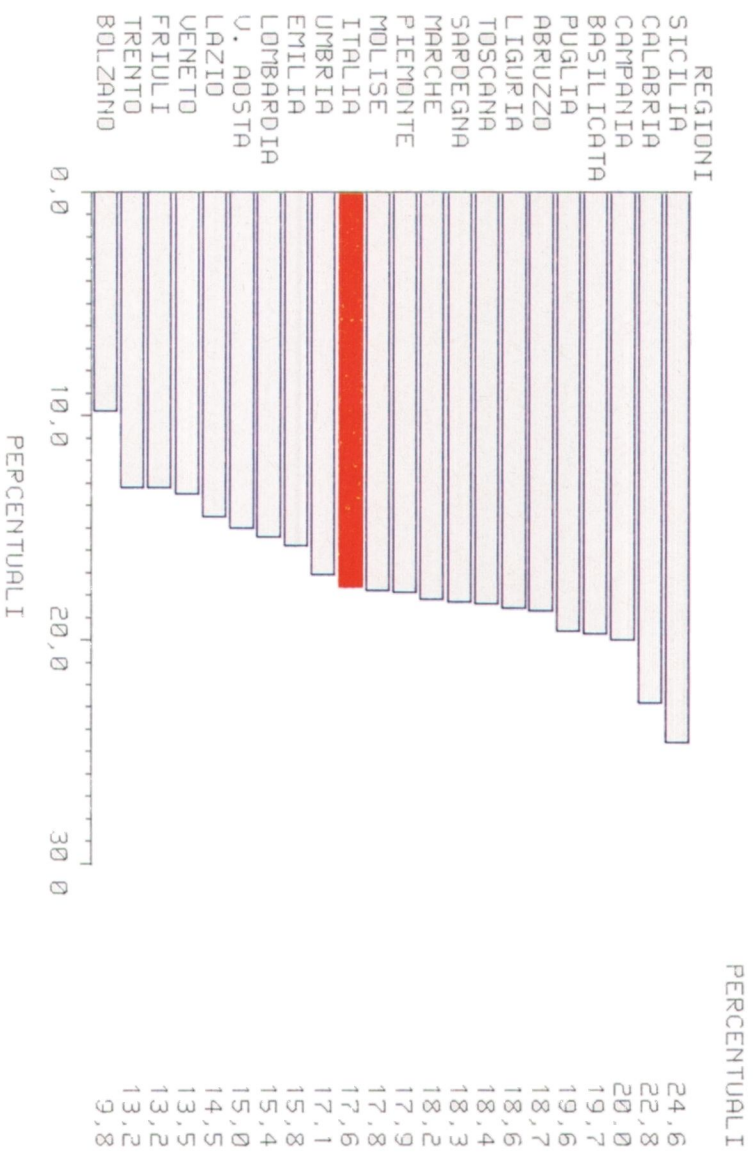


FONTE: S.C.P.S.

FIG. 14.9

PAGINA BIANCA

INCIDENZA PERCENTUALE SUL TOTALE DELLE SPESE CORRENTI ASSISTENZA FARMACEUTICA CONVENZIONATA

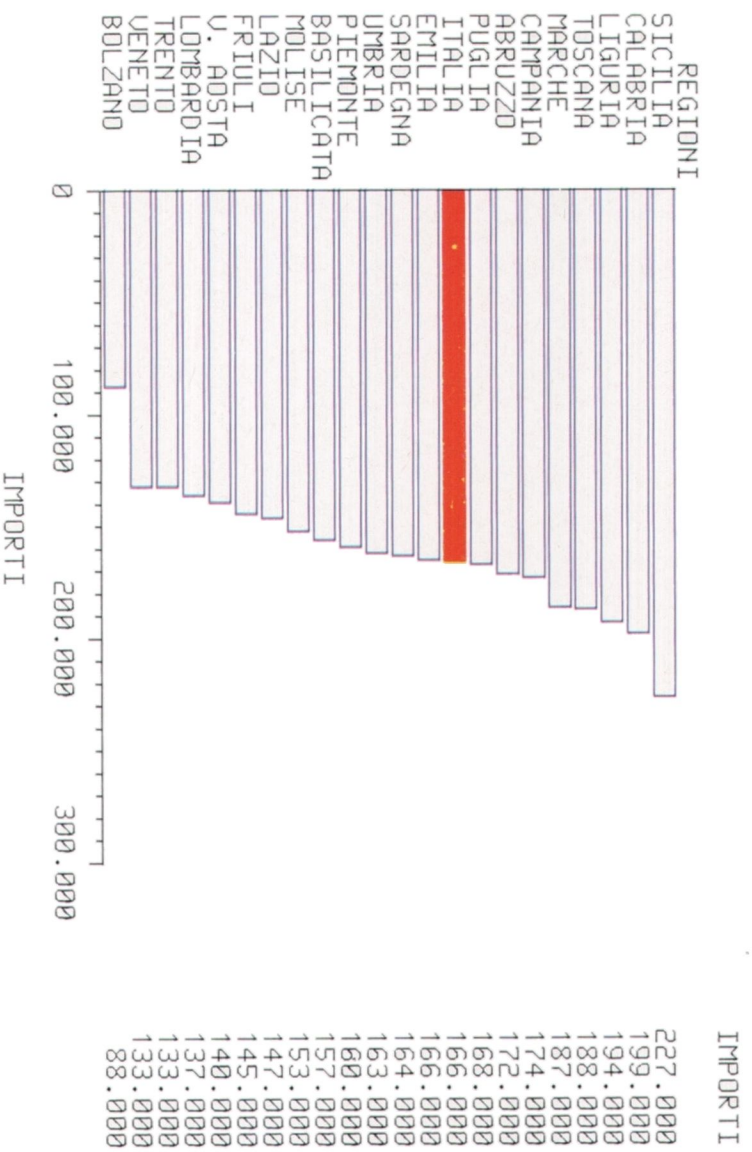


FONTE: S.C.P.S.

FIG. 14.10

PAGINA BIANCA

SPESA REGIONALE PER ABITANTE ASSISTENZA FARMACEUTICA CONVENZIONATA

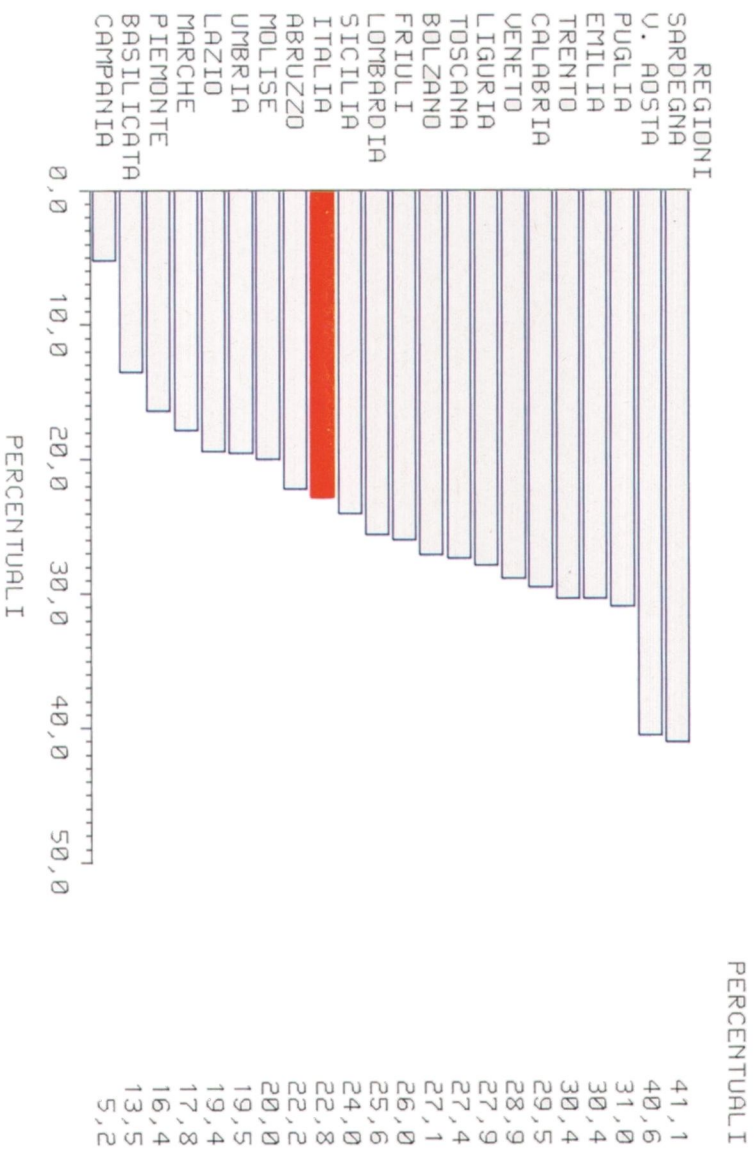


FONTE: S.C.P.S.

FIG. 14.11

PAGINA BIANCA

VARIAZIONI PERCENTUALI RISPETTO AL 1986 ASSISTENZA FARMACEUTICA CONVENZIONATA

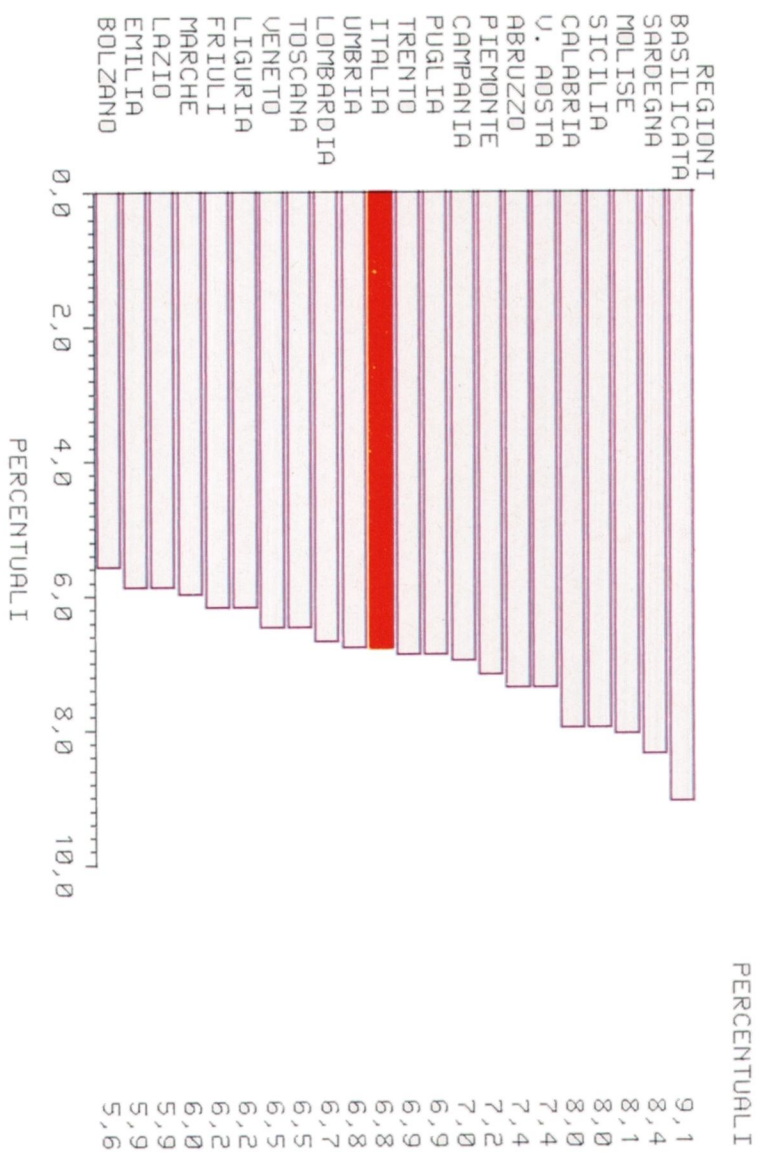


FONTE: S.C.P.S.

FIG. 14.12

PAGINA BIANCA

INCIDENZA PERCENTUALE SUL TOTALE DELLE SPESE CORRENTI ASSISTENZA MEDICO-GENERICA CONVENZIONATA

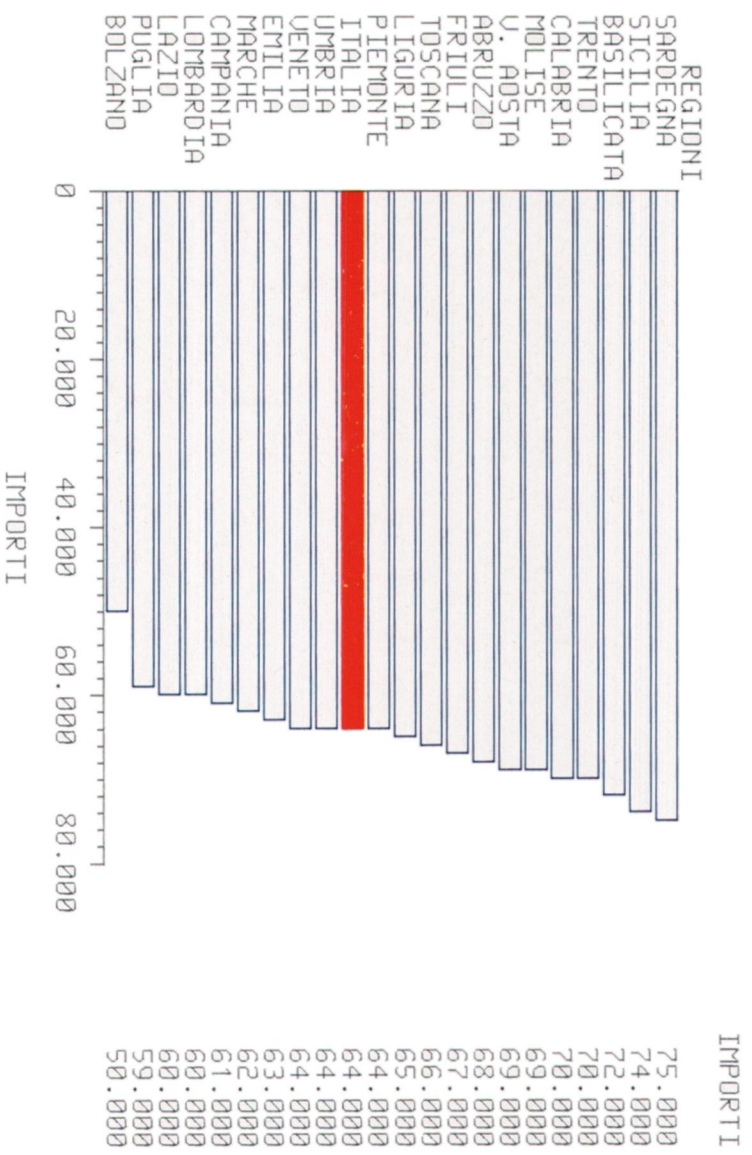


FONTI: S.C.P.S.

FIG. 14.13

PAGINA BIANCA

SPESA REGIONALE PER ABITANTE ASSISTENZA MEDICO-GENERICA CONVENZIONATA

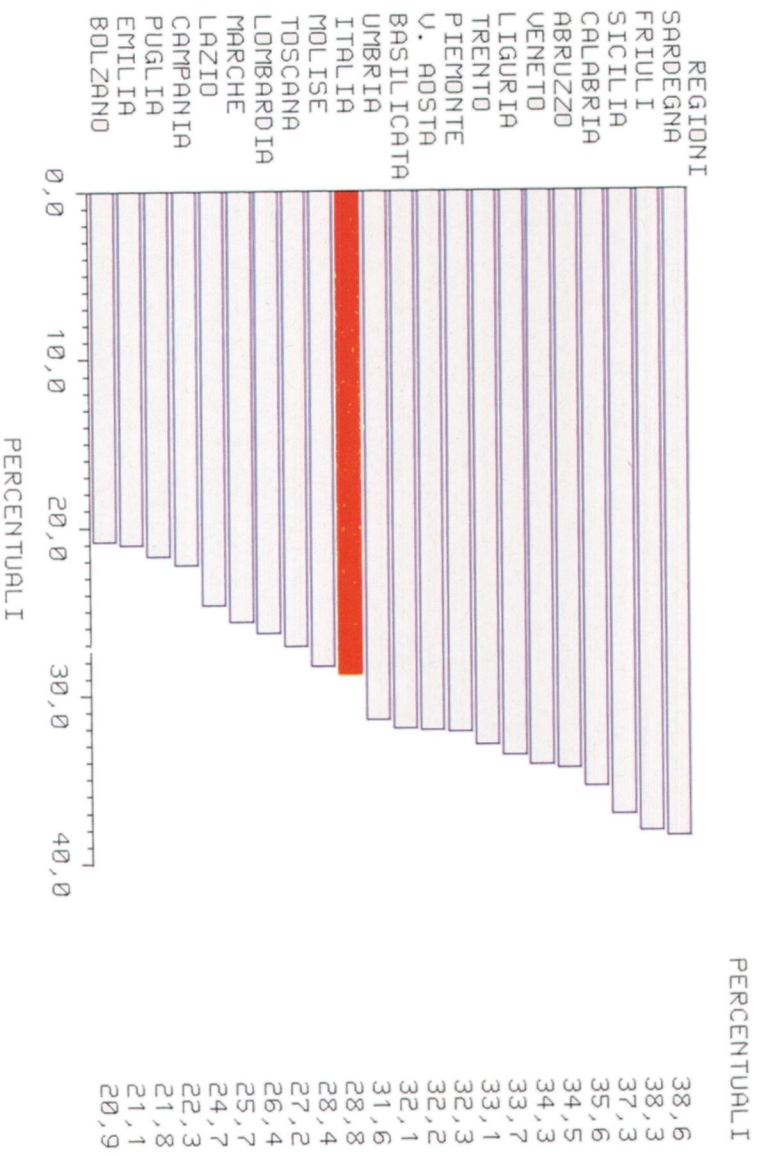


FONTE: S.C.P.S.

FIG. 14.14

PAGINA BIANCA

VARIAZIONI PERCENTUALI RISPETTO AL 1986 ASSISTENZA MEDICO-GENERICA CONVENZIONATA

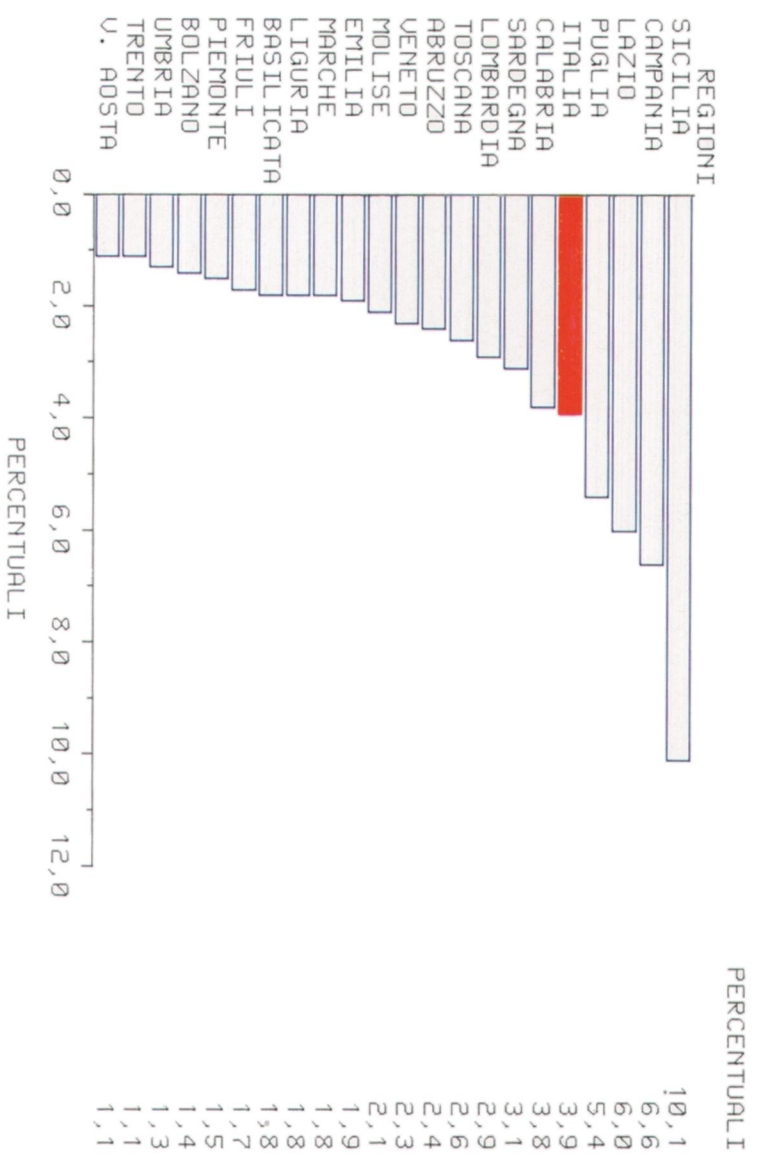


FONTI: S.C.P.S.

FIG. 14.15

PAGINA BIANCA

INCIDENZA PERCENTUALE SUL TOTALE DELLE SPESE CORRENTI ASSISTENZA SPECIALISTICA CONVENZIONATA ESTERNA

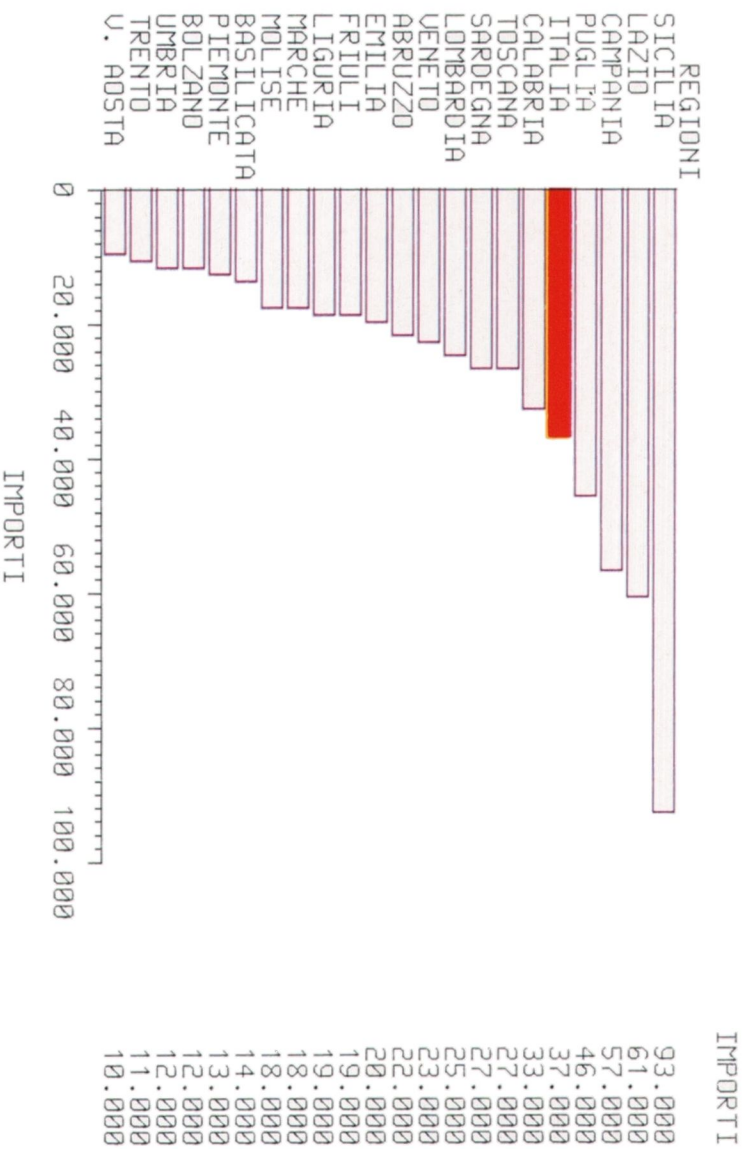


FONTE: S.C.P.S.

FIG. 14.16

PAGINA BIANCA

SPESA REGIONALE PER ABITANTE ASSISTENZA SPECIALISTICA CONVENZIONATA ESTERNA

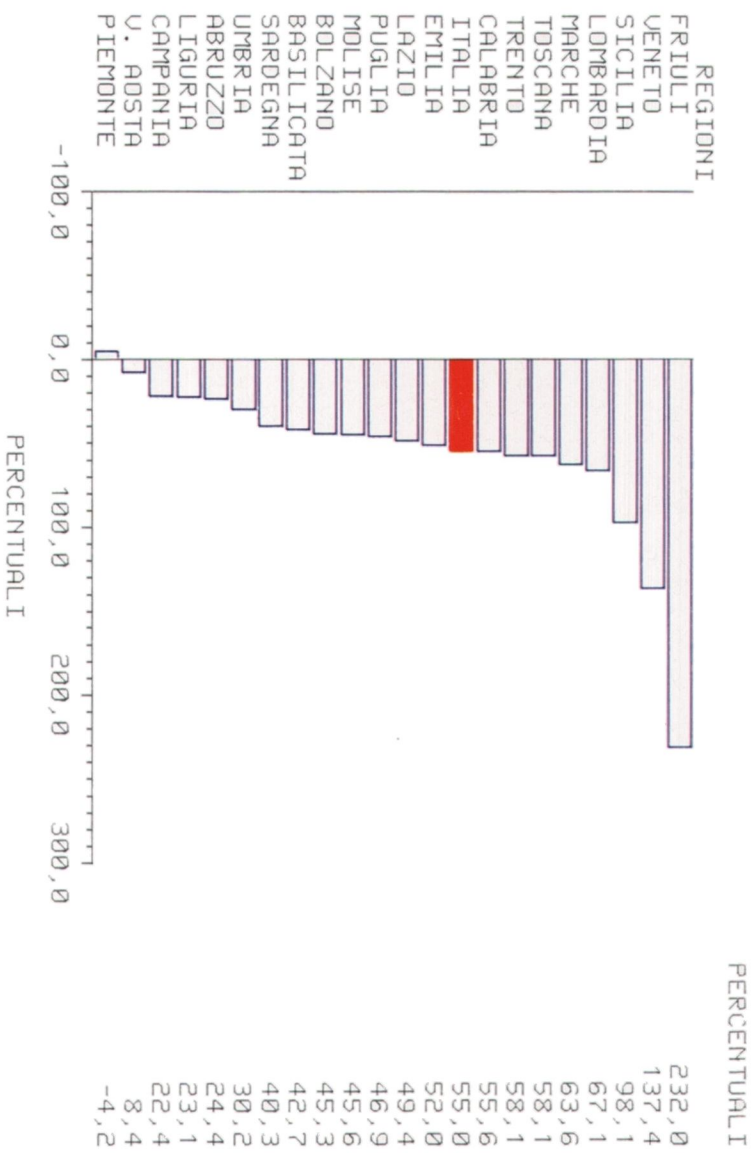


FONTI: S.C.P.S.

FIG. 14.17

PAGINA BIANCA

VARIAZIONI PERCENTUALI RISPETTO AL 1986 ASSISTENZA SPECIALISTICA CONVENZIONATA ESTERNA

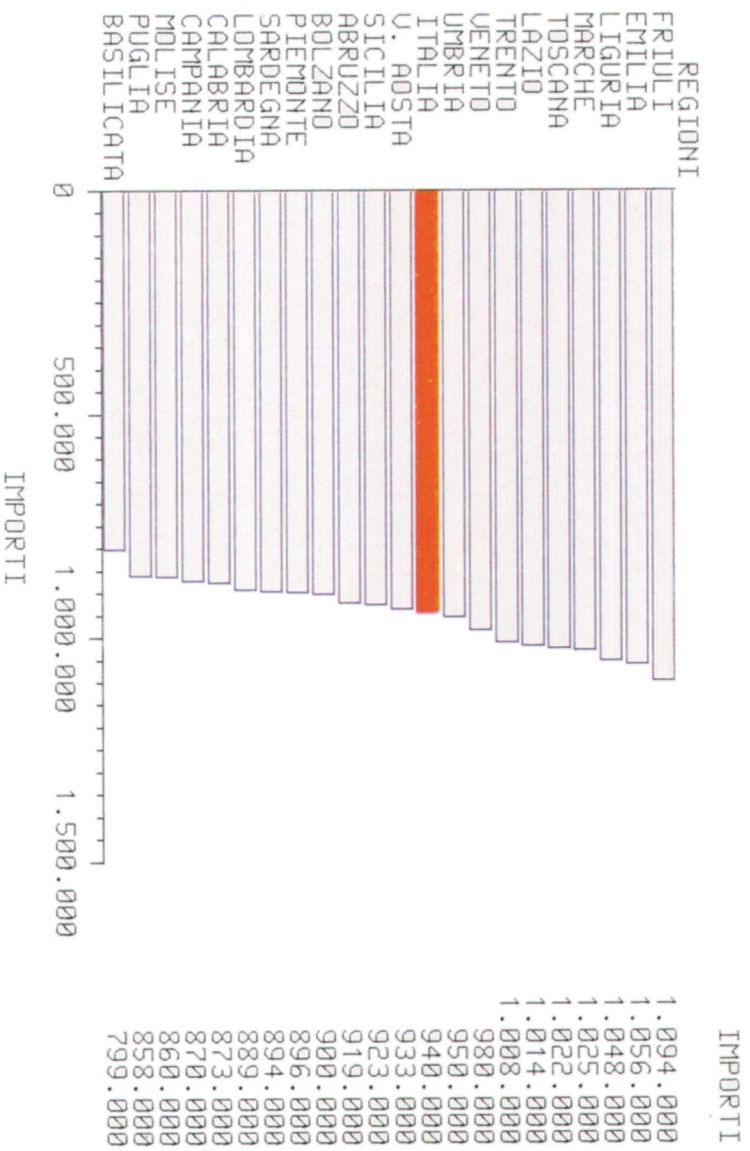


FONTE: S.C.P.S.

FIG. 14.18

PAGINA BIANCA

SPESA REGIONALE PER ABITANTE

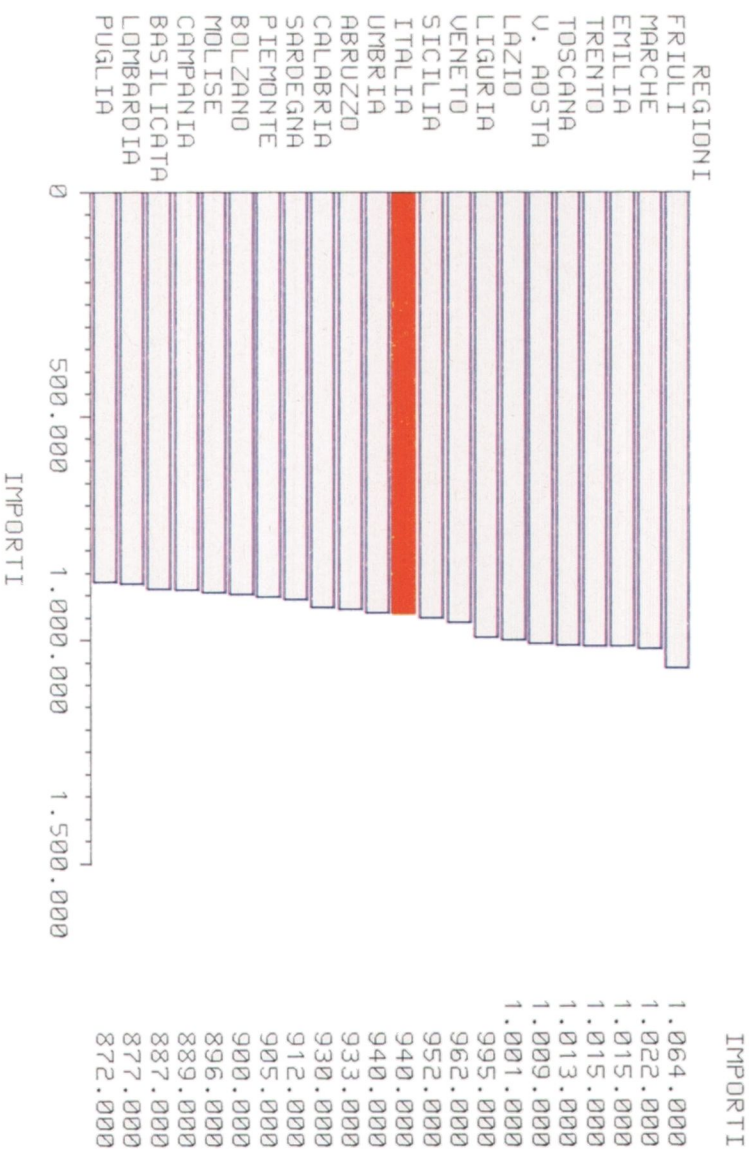


FONTE: S.C.P.S.

FIG. 14.19

PAGINA BIANCA

SPESA REGIONALE PER ABITANTE AL NETTO DELLA MOBILITA' OSPEDALIERA



FONTE: S.C.P.S.

FIG. 14.20

PAGINA BIANCA

I DISAVANZI DELLE USL

15.1. Premessa

Il problema di rendere la spesa coerente con le risorse disponibili determina vari ordini di considerazioni riguardanti

- a) strategie a lungo termine;
- b) politiche di gestione corrente delle risorse,
- c) misure congiunturali, di «emergenza», finalizzate a risolvere situazioni non previste

L'esperienza dei più recenti anni dimostra che è sostanzialmente mancato un impegno coerente sul piano delle strategie e sul piano della gestione corrente non sono emerse politiche risolutive in senso positivo. Si è spesso, anzi di norma, fatto ricorso allo strumento tecnico-finanziario del «ripiamento» per sanare, sul piano dei conti, le situazioni di deficit emerse nelle varie regioni.

Il reiterato ricorso a questo tipo di soluzione, tipicamente congiunturale, da un lato presuppone la perdurante carenza di una strategia globale in materia e dall'altro conferma, per il periodico riproporsi della stessa situazione, che si tratta di un rimedio solo sintomatico e perciò non risolutivo, anche perché non incide sulle cause, che consistono in fattori diversi ma con effetti concorrenti: cattiva gestione delle risorse e sottostima «cronica» dei fabbisogni.

Il ripiano dei deficit, peraltro, oltre a non rappresentare, in quanto per sua natura strumento straordinario, un mezzo normale di gestione delle risorse, determina comunque una situazione di non-governo della spesa cui consegue un sensibile aggravio, ben superiore a quello riferibile ad una previsione di spesa non sottostimata.

Per avere una più puntuale e completa percezione dei termini del problema è opportuno fare un richiamo ai precedenti «storici».

15.2. La sanatoria dei debiti ante riforma

Nel passaggio dal precedente sistema mutualistico all'attuale, lo Stato si è assunto integralmente l'onere derivante dai debiti accumulati dalle mutue attraverso la gestione stralcio (di cui alla legge 833/78, art. 77) e dagli enti ospedalieri con l'apprezzabile finalità di non appesantire le nuove strutture (USL) con passività pregresse.

Così, con l'art. 23-ter del D.L. 30.12.1979, n. 633 convertito in legge 29.2.1980, n. 33 nel testo integrato dall'articolo 10 del D.L. 30.12.1980, n. 385 convertito in legge 8.8.1980, n. 441 fu disposto il ripiano dei disavanzi degli enti ospedalieri alla data del 31.12.1979, mettendo a disposizione lire 1 500 miliardi. Analogamente, con la legge 28.11.1980, n. 783 fu disposto un concorso finalizzato da parte dello Stato per lire 3 700 miliardi destinato alle operazioni di ripiano dei disavanzi degli enti mutualistici. Tuttavia, mentre i

fondi a disposizione per il ripiano dei disavanzi degli enti mutualistici furono sufficienti, i mezzi finanziari per il ripiano dei disavanzi degli enti ospedalieri si rivelarono inadeguati determinando il trasferimento in capo ai comuni e alle USL, titolari dei rapporti giuridici derivanti dalla gestione stralcio degli ex enti ospedalieri, delle istanze da parte dei creditori insoddisfatti. Solo con il recente D.L. 19.9.1987, n. 382 convertito in legge 29.10.1987, n. 456 è stato disposto il definitivo ripiano dei disavanzi degli ex enti ospedalieri, con una spesa prevista di lire 1.650 miliardi. Appare sintomatica la circostanza, riferita, del ritardo di ben sette anni con il quale lo Stato è intervenuto per sistemare definitivamente le pendenze lasciate dagli enti ospedalieri, soppressi, a seconda delle regioni, negli anni 1980-1981-1982, in quanto il ripiano a posteriori dei disavanzi del comparto è divenuto ormai un «mezzo ordinario» di finanziamento anche del Servizio sanitario nazionale. Infatti, con il D.L. 25.1.1985, n. 8 convertito nella legge 27.2.1985, n. 103 è stato disposto il ripiano ai tesoriери delle anticipazioni erogate ai sensi dell'art. 26 della legge 730/83, per la copertura dei disavanzi di amministrazione delle USL alla data del 31.12.1983, con un onere di lire 7.000 miliardi.

15.3. Come si è innestata la spirale dei disavanzi

Con il D.L. 29.8.1984, n. 528 convertito nella legge 31.10.1984, n. 733 è stato disposto il ripiano della maggiore spesa sanitaria per l'anno 1984, entro il limite della spesa sanitaria impegnata nel 1983 aumentata del 10%, stimata in circa 2.400 miliardi.

Con il D.L. 19.9.1987, n. 382 convertito nella legge 29.10.1987, n. 456 è stato disposto il ripiano della maggiore spesa sanitaria per gli anni 1985 e 1986, stimata in circa lire 7.300 miliardi. Il fondo globale di parte corrente del disegno di legge finanziaria per il 1989, attualmente all'esame del Parlamento, reca un accantonamento di lire 580 miliardi annui destinato al ripiano dei disavanzi delle USL per l'anno 1987.

Detto accantonamento rappresenta la rata di ammortamento dei mutui che potranno assumere le regioni, analogamente al 1985-1986, per complessive lire 5.300 miliardi circa. La puntuale ripetitività di tali provvedimenti evidenzia che chiaramente non sono state colte le diverse opportunità, verificatesi in occasione di ciascuna delle operazioni di ripiano sopra menzionate, che avrebbero favorito una determinazione realistica della spesa sanitaria da finanziare, ove si fosse intervenuto sul passato con estrema rapidità, impedendo, come invece è accaduto a causa degli interventi tardivi, che l'effetto di trascinarsi dei disavanzi pregressi avesse a ripercuotersi sugli anni successivi alterando sfavorevolmente le previsioni di spesa già finanziate.

È mancato, infine, un coordinamento, a livello finanziario, tra interventi disposti dal governo nel corso di ciascun anno (integrazioni prontuario farmaceutico, stipula convenzioni, rinnovi contrattuali, ecc.), aventi ripercussioni finanziarie non indifferenti sulla spesa sanitaria già finanziata, e lo stanziamento previsto dal fondo sanitario, il che ha contribuito ad innescare la spirale dei disavanzi da coprire con interventi successivi. Una breve analisi dei singoli interventi di ripiano confermerà quanto indicato e fornirà elementi di valutazione in ordine alle diverse manifestazioni dei disavanzi registrati a livello regionale, ponendo l'accento sull'arcaico dilemma: i disavanzi differenziati rispetto alla media nazionale sono generati da una non realistica ripartizione del fondo sanitario nazionale oppure da gestioni «carenti» da parte di talune Unità sanitarie locali?

15.3.1. Ripiano dei disavanzi delle USL

La fonte normativa è costituita dall'articolo 26 della legge 27.12.1983, n. 730 (legge finanziaria 1984) con il quale si autorizzavano i tesoriери delle USL a liquidare, nei limiti dei disavanzi accertati al 31.12.1983, le partite debitorie verso i fornitori, i medici, le

farmacie e le strutture convenzionate rinviando ad un successivo provvedimento legislativo la definizione dei criteri e delle modalità per la regolarizzazione del debito dello Stato verso i tesoreri, in relazione alle liquidazioni da questi disposte, e per il ripiano del residuo disavanzo di amministrazione nonché dei relativi interessi maturati dopo il 31.12.1983.

Il successivo provvedimento legislativo è costituito dal D.L. 25.1.1985, n. 8 convertito nella legge 27.3.1985, n. 103 con il quale è stata disposta la regolazione dei debiti verso i tesoreri delle USL per i pagamenti in anticipazione effettuati a tutto il 14.12.1984 delle partite debitorie indicate nel citato art. 26 della legge finanziaria 1984 (integrate con quelle relative al personale in servizio e in quiescenza), compresi gli interessi maturati fino al 31.12.1984, entro il limite di lire 5.000 miliardi mediante rilascio ai tesoreri stessi di titoli di Stato aventi valuta 1.1.1985.

Al ripiano del residuo disavanzo di amministrazione, compresa la quota-parte per la quale i tesoreri delle USL non avevano ritenuto di esercitare la facoltà di cui al citato art. 26 della legge finanziaria 1984, si provvedeva con pagamenti in contanti in favore delle USL dietro presentazione di apposita documentazione.

La stessa norma non prevedeva, altresì, il rimborso in favore delle USL degli interessi passivi e degli oneri accessori maturati dal 31.12.1983 alla data di estinzione delle singole partite debitorie. La spesa complessivamente prevista per gli interventi indicati venne fissata in complessive lire 7.000 miliardi.

I disavanzi complessivamente accertati dalle USL, dagli istituti scientifici e dagli enti ospedalieri non ancora confluiti nelle USL hanno raggiunto i 6.475 miliardi, dei quali 2.671 miliardi anticipati dai tesoreri. Ai tesoreri sono stati consegnati titoli dello Stato per complessive lire 2.938 miliardi, comprese lire 267 miliardi per interessi, mentre direttamente alle USL è stata corrisposta (o si dovrà corrispondere non essendo ancora stato completato l'intervento) la differenza di lire 4.162 miliardi, compreso il rimborso degli interessi passivi e degli oneri accessori.

15.3.2 *La situazione nelle regioni*

Nella tavola 15.1 sono state raffrontate: a) le assegnazioni regionali del Fondo sanitario nazionale di parte corrente dal 1980 al 1983, il cui totale è indicato nella colonna 6; b) le assegnazioni dalla costituzione delle USL (col. 7); c) i disavanzi accertati al 31.12.1983 (col. 8), ponendo in evidenza alla col. 9 le percentuali dei disavanzi rispetto alle assegnazioni regionali dalla data di costituzione delle USL.

Dalla lettura della tavola si evince che i disavanzi accertati, in complessive lire 6.475 miliardi, sono pari all'8,65% del totale delle assegnazioni regionali del F.S.N. di parte corrente disposte dalla data di costituzione delle USL (diverse a seconda della regione di appartenenza delle USL medesime) in complessive lire 74.878,4 miliardi.

Ciò significa che gli stanziamenti del F.S.N. di parte corrente dal 1980 al 1983 si sono rivelati insufficienti in termini percentuali nella misura sopra indicata; tuttavia, ove si osservino gli indicatori riportati in fondo alla tavola in esame, deve constatarsi che il F.S.N. per gli anni considerati ha avuto un incremento annuale superiore al tasso di crescita dei prezzi al consumo delle famiglie registrati negli stessi anni, fatta eccezione per l'anno 1983 in cui ha fatto registrare una crescita inferiore del 4,9% rispetto al costo della vita. Ed allora, ove venga accantonata l'ipotesi di gestioni «carenti» o «leggere» da parte di talune USL (sebbene il fenomeno indubbiamente esista, se non altro per l'elevato numero di procedimenti giudiziari in corso), non può che ammettersi una insufficienza di stanziamento negli anni 1980-1983 con il risultato che, in termini assoluti, il bilancio dello Stato (e quindi i cittadini) ha dovuto farsi carico degli interessi per 525 miliardi (lire 7.000 miliardi meno lire 6.475 miliardi), oltre che del ripiano dei debiti

Dall'esame della tavola 15.1 si evince anche che, rispetto alla media nazionale dei disavanzi pari all'8,65% delle assegnazioni, le USL delle seguenti regioni hanno fatto registrare percentuali maggiori:

- Sicilia - 18,58% con disavanzi riferiti al solo anno 1983; peraltro, per completezza di informazione, deve essere evidenziato che il notevole disavanzo fatto registrare dalle USL della Sicilia per il solo anno 1983 non si ripete nell'anno successivo, nel quale si è registrata una contrazione di oltre il 50% del disavanzo 1983;

- Lazio - 12,67% con disavanzi riferiti agli anni 1980-1983;

- Marche - 12,31% con disavanzi riferiti agli anni dal 1981 al 1983;

- Campania - 11,29% con disavanzi riferiti agli anni 1982-1983;

- Emilia-Romagna - 10,33% con disavanzi riferiti agli anni dal 1980 al 1983.

Le USL delle altre regioni registrano percentuali di poco superiori alla media (Friuli-Venezia Giulia con il 9,99%, Abruzzo con il 9,21% ed il Piemonte con l'8,96%) mentre sotto la media risultano le rimanenti con punte minime dell'1,15% per la Valle d'Aosta, del 3,40% per la Sardegna e del 3,91% per il Veneto.

Le USL della regione Basilicata e delle province autonome di Bolzano e di Trento non hanno fatto registrare disavanzi.

15.33 Ripiano della maggiore spesa sanitaria per l'anno 1984

La fonte normativa è costituita dall'art. 1 del D.L. 29.8.1984, n. 528 convertito in legge 31.10.1984, n. 733, con il quale le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sono state autorizzate ad approvare variazioni ai propri bilanci di previsione per l'anno 1984 entro il limite complessivo della spesa sanitaria di natura corrente impegnata nell'esercizio 1983, aumentata del 10%.

La norma richiamata disponeva che, per la copertura delle maggiori spese, le regioni e le province autonome potevano contrarre mutui con la Cassa di Risparmio di Roma o con altri istituti di credito il cui onere di ammortamento rimaneva a carico dello Stato. Poiché l'onere di ammortamento a carico dello Stato è stato previsto in lire 400 miliardi e considerato che il tasso di interesse praticato dalla Cassa di Risparmio di Roma era del 10,50% annuo, si rileva una maggiore spesa sanitaria da coprire di circa lire 2.400 miliardi. Lo stanziamento del F.S.N. di parte corrente per il 1984 è stato di lire 34.000 miliardi, di cui lire 33.853,7 con destinazione non vincolata, per cui la maggiore spesa rappresenta il 7,09% della quota indistinta e, quindi, il finanziamento complessivo del F.S.N. per l'anno 1984 (compreso il ripiano) ascende a lire 36.400 miliardi.

La maggiore spesa è da ritenere generata dall'accennato fenomeno di ricaduta dei provvedimenti adottati a livello centrale e incidenti sulla spesa sanitaria, ma anche dal fatto che alcuni centri di spesa (analisi cliniche, farmaci, ecc.) sfuggono a qualsiasi regola programmatica per la difficile previsione dei comportamenti dell'utenza.

La tavola 15.2 pone a raffronto le assegnazioni regionali del F.S.N. di parte corrente con destinazione indistinta e la maggiore spesa sanitaria dichiarata da gran parte delle regioni, pari a complessive lire 2.028 miliardi rispetto ai 2.400 miliardi presunti, con mutui dalle stesse già definiti o in corso di definizione.

Nell'ultima colonna sono indicate, in termini percentuali, le maggiori spese sanitarie accertate dalle regioni rispetto alle assegnazioni del F.S.N.

Rilevasi agevolmente che, rispetto alla media nazionale del 7,09%, le seguenti regioni hanno fatto registrare percentuali maggiori:

- Lazio con il 12,31%;
- Emilia-Romagna con l'11,33%;
- Toscana con il 10,88%;
- Marche con il 9,81%;
- Friuli-Venezia Giulia con l'8,73%.

Le altre regioni hanno fatto registrare percentuali di poco superiori alla media (il Veneto con l'8%, l'Abruzzo con il 7,71% e la Puglia con il 7,5%) mentre sotto la media risultano le rimanenti regioni con punte minime dell'1,91% per la Calabria, del 2,43% per la Lombardia, del 2,88% per il Molise e del 3,44% per la Liguria.

15.3.4. *Ripiano della maggiore spesa sanitaria per gli anni 1985 e 1986*

La fonte normativa è costituita dal capo I del D.L. 19.9.1987, n. 382 convertito in legge 29.10.1987, n. 456, il quale ha disposto che la maggiore spesa sanitaria corrente di esclusiva competenza degli esercizi 1985 e 1986 viene ripianata mediante operazioni di mutuo con la Cassa Depositi e Prestiti da contrarre da parte delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano con l'onere di ammortamento a carico del bilancio statale.

Poiché l'onere di ammortamento è previsto in lire 800 miliardi annui e considerato che il tasso di interesse praticato dalla cassa DD.PP. è attualmente del 9% annuo, si rileva una maggiore spesa sanitaria per gli anni predetti di circa lire 7.300 miliardi (tavola 15.4).

Considerando che lo stanziamento nel bilancio statale del F.S.N. di parte corrente per il 1985 è stato di lire 39.200 miliardi, e che quello per il 1986 è stato di lire 40.857 miliardi, il disavanzo di lire 7.300 miliardi rappresenta il 9,11% della sommatoria degli stanziamenti di due anni. È da notare, infine, che il F.S.N. di parte corrente per gli anni 1985 e 1986, compresa la maggiore spesa come sopra stimata, risulta di gran lunga maggiore rispetto a quello che si sarebbe ottenuto applicando i tassi di inflazione programmati (1985 = 7%; 1986 = 6%) o i tassi di crescita dei prezzi al consumo delle famiglie (1985 = 8,6%; 1986 = 6,1%). Infatti, come si evince chiaramente dai dati riportati nella tavola 15.3, il totale a) è notevolmente maggiore dei totali b) e c) per cui sono da ritenere ancora sussistenti in detti anni le cause generatrici dei disavanzi già accennate a proposito della maggiore spesa 1984. Poiché le procedure per la determinazione della maggiore spesa sanitaria per gli anni 1985 e 1986 sono ancora in corso da parte delle regioni, non si hanno a disposizione i singoli dati regionali per mettere in evidenza in termini percentuali, come è stato fatto con le precedenti operazioni di ripiano, le maggiori spese sanitarie rispetto alle assegnazioni. Per gli stessi motivi non è dato conoscere, al momento, se la stima di lire 7.300 miliardi si rivelerà esatta, come lo è stata quella relativa ai precedenti ripiani, tuttavia non può farsi a meno di segnalare che stime effettuate farebbero ascendere a lire 3.443 miliardi i mezzi finanziari occorrenti per coprire la maggiore spesa sanitaria 1985 ed a lire 5.513 miliardi quella per il 1986. In tal caso, la spesa da coprire sarebbe di lire 8.956 miliardi (pari all'11,19% degli stanziamenti) con un maggiore onere per il bilancio statale di lire 1.656 miliardi.

15.3.5. *Ripiano della maggiore spesa sanitaria per l'anno 1987*

Come fatto cenno in precedenza, nel disegno di legge finanziaria per l'anno 1989, risulta iscritto un accantonamento di lire 580 miliardi destinato per «oneri connessi con il ripiano dei disavanzi USL per l'anno 1987».

Un apposito provvedimento legislativo per autorizzare le regioni, in analogia a quanto avvenuto per il ripiano della maggiore spesa sanitaria relativa agli anni 1985 e 1986, a contrarre mutui con la Cassa DD.PP. con l'onere di ammortamento a carico del bilancio statale nella misura sopra indicata, è in fase di approvazione.

In tal caso, tenuto conto dell'attuale tasso di interesse praticato dalla Cassa DD.PP. del 9% annuo, la maggior spesa sanitaria da coprire è stata stimata in circa lire 5.300 miliardi.

Il F.S.N. di parte corrente, iscritto nel bilancio statale per l'anno 1987 in complessive lire 47.265,4 miliardi, salirebbe a lire 52.565,4 miliardi, con un incremento di oltre il 16,4% rispetto all'anno 1986 (determinato in lire 45.157 miliardi di cui lire 40.857 miliardi di stanziamenti e lire 4.300 miliardi di quota ripiano), contro un tasso di inflazione programmato al 4,5% e un tasso di crescita dei prezzi al consumo per le famiglie del 4,6%. È da rilevare, tuttavia, che gran parte della maggiore spesa deriva dagli oneri contrattuali, dalle convenzioni, dai provvedimenti sul ticket incorsi nell'anno considerato e non integralmente previsti nello stanziamento del F.S.N.

Rispetto al fondo sanitario per l'anno 1987 assegnato come sottolineato in complessive lire 46.265,4 miliardi la maggiore spesa di lire 5.300 miliardi, che già trova copertura come sopra riferito, è pari all'11,21% della quota indistinta.

Tavola 15.1 - Raffronto delle assegnazioni del F.S.N. di parte corrente 1980-83 con i disavanzi al 31.12.1983 (importi in miliardi).

REGIONI E PROVINCE AUTONOME	Assegnazioni F.S.N. parte corrente					Assegnazione dalla data di istituzione delle U.S.L.	Disavanzi accertati al 31.12.1983	% colonna 8 rispetto colonna 7
	1980	1981	1982	1983	totale			
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Valle d'Aosta	34,0	38,6	42,8	48,9	164,3	130,3	1,5	1,152
Piemonte	1 307,1	1 576,3	1 855,6	2 078,8	6 817,8	5 510,7	493,6	8,96
Lombardia	2 690,1	3 265,9	3 797,3	4 242,7	13 996,0	11 305,9	724,0	6,40
P.A. Bolzano	143,2	168,7	193,6	218,5	724,0	—	—	—
P.A. Trento	181,1	217,6	240,9	261,1	900,7	—	—	—
Friuli-Venezia Giulia	475,6	592,5	652,8	711,0	2 431,9	1 956,3	195,5	9,99
Liguria	639,3	788,8	941,8	1 025,1	3 395,0	3 395,0	252,6	7,44
Veneto	1 488,4	1 800,1	2 079,9	2 288,7	7 657,1	7 657,1	299,7	3,91
Emilia-Romagna	1 375,5	1 692,0	1 957,8	2 152,6	7 177,9	7 177,9	741,6	10,33
Toscana	1 254,7	1 537,2	1 749,7	1 923,3	6 464,9	6 464,9	543,7	8,41
Marche	455,6	561,7	686,2	753,7	2 457,2	2 001,6	246,4	12,31
Umbria	259,9	315,2	378,3	417,5	1 370,9	1 370,9	81,0	5,91
Lazio	1 732,1	2 105,3	2 586,4	2 817,3	9 241,1	9 241,1	1 171,2	12,67
Abruzzo	394,5	491,6	544,9	605,4	2 036,4	1 641,9	151,2	9,21
Campania	1 628,8	1 899,9	2 436,5	2 483,5	8 448,7	4 920,0	555,7	11,29
Molise	83,5	104,1	117,6	134,9	440,1	440,1	30,8	7,00
Puglia	1 145,1	1 421,4	1 692,9	1 884,4	6 143,8	4 998,7	328,5	6,57
Basilicata	167,6	196,9	230,7	262,6	857,8	—	—	—
Calabria	571,4	685,6	836,3	940,6	3 033,9	2 462,5	182,8	7,42
Sicilia	1 319,2	1 586,8	1 939,2	2 189,9	7 035,1	2 189,9	486,8	18,58
Sardegna	499,0	614,0	659,6	740,0	2 512,6	2 013,6	68,4	3,40
Totali	17.845,7	21.660,2	25.620,8	28.180,5	93.307,2	74.878,4	6.475,0	8,65
Indicatori								
a) % di crescita rispetto anno precedente	54,6	21,4	18,3	10				
b) tasso inflazione programmato	—	—	16	13				
c) crescita costo vita (prezzi al consumo delle famiglie)	21,1	18,7	16,4	14,9				

Fonte elaborazione ISIS su dati Ministeri Sanità e Tesoro.

Tavola 15.2 - Raffronto delle assegnazioni del F S N. di parte corrente 1984 con la maggiore spesa accertata per l'anno medesimo (importi in miliardi).

REGIONI E PROVINCE AUTONOME	Assegnazioni F S N corrente	Maggiore spesa sanitaria	%
Valle d'Aosta	62,0	—	—
Piemonte	2 533,8	—	—
Lombardia	5 092,8	124	2,43
P A Bolzano	249,0	—	—
P A Trento	291,4	17	5,83
Friuli-Venezia Giulia	859,5	75	8,73
Liguria	1 251,1	43	3,44
Veneto	2.687,5	215	8,00
Emilia-Romagna	2 560,1	290	11,33
Toscana	2 260,9	246	10,88
Marche	896,7	88	9,8
Umbria	490,3	25	5,10
Lazio	3 354,9	413	12,31
Abruzzo	712,9	55	7,71
Campania	3 183,9	—	—
Molise	173,8	5	2,88
Puglia	2 199,7	166	7,55
Basilicata	313,1	—	—
Calabria	1 149,0	22	1,91
Sicilia	2 650,7	183	6,90
Sardegna	880,6	61	6,93
Totale . . .	33.853,7	2.028 (2.400) (*)	7,09

Note

- Gli importi indicati come maggiore spesa sanitaria si riferiscono a mutui già contratti con la Cassa DD PP o in via di definizione
- Le regioni indicate con trattino non hanno ancora avviato la procedura per l'assunzione del mutuo. Ciò non significa che nelle stesse regioni non siano presenti disavanzi da ripianare, in quanto la mancata segnalazione potrebbe addebitarsi a carenze o ritardi amministrativi
- Lo stanziamento nel bilancio dello Stato del F S N per l'anno 1984, al lordo delle quote a destinazione vincolata, è stato di lire 34 000 miliardi, mentre le assegnazioni correnti si rinvencono nella Relazione generale sulla situazione economica del Paese 1986

(*) Stima della maggiore spesa sanitaria da ripianare a livello nazionale con assunzione di mutui da parte delle regioni il cui onere di ammortamento fissato dal D.L. 528/84 in 400 miliardi annui rimane a carico dello Stato

Fonte: elaborazione ISIS su dati Ministeri Sanità e Tesoro.

Tavola 153 - Confronto tra stanziamenti del F.S.N. e ipotesi di incremento legate al tasso di inflazione programmata e all'indice dei prezzi al consumo (anni 1985-1986)

a) F.S.N. stanziato nel bilancio statale	
Anno 1985	L. 39.200 miliardi
Anno 1986	L. 40.857 miliardi
Totale	L. 80.857 miliardi
Maggiore spesa	L. 17.300 miliardi
Totale complessivo	L. 87.357 miliardi
b) F.S.N. determinato applicando il tasso di inflazione programmato al fondo dell'anno precedente	
Anno 1985 F.S.N. 1984 = 36.400 + 7% =	L. 38.948 miliardi
Anno 1986 F.S.N. 1985 = 38.948 + 6% =	L. 41.285 miliardi
Totale	L. 80.233 miliardi
c) F.S.N. determinato applicando il tasso di crescita dei prezzi al consumo delle famiglie al fondo dell'anno precedente	
Anno 1985 F.S.N. 1984 = 36.400 + 8,6% =	L. 39.530 miliardi
Anno 1986 F.S.N. 1985 = 39.530 + 6,1% =	L. 41.941 miliardi
Totale	L. 81.471 miliardi

Fonte: elaborazione ISIS su dati Ministero Sanità e Tesoro

Tavola 15.4 - Prospetto riassuntivo per il ripiano dei disavanzi dal 1980 al 1987
(importi in miliardi).

ANNI	F S N parte corrente stanziato nel bilancio	Ripiano disavanzi o maggiori spese	Totale onere a carico dello Stato
1980	17 994,2		
1981	21 738,0	7 000	100 938,2
1982	25 706,0		
1983	28 500,0		
1984	34 000,0	2 400	34 000 + 400 per 10 anni
1985	39 200,0		
1986	40 857,0	7 300	80 057 + 800 per 20 anni
1987	47 265,0	5 300	47.265 + 580 per 20 anni
Totali	255.260,6	22.000	262.260,6
			+ 1 780 per ciascuno dei prossimi 10 anni
			+ 1 380 per ciascuno dei successivi 10 anni
Delle lire 22.000 miliardi occorrenti per il ripiano dei disavanzi o delle maggiori spese sanitarie lo Stato ha messo a disposizione mezzi finanziari per lire 7.000 miliardi impegnandosi, per la parte rimanente, a dare copertura alle rate di ammortamento dei mutui contratti o da contrarre dalle regioni di guisa che al termine dei periodi di ammortamento apparirà la seguente situazione			
	Importo ripiano	Rate annuali	Spesa complessiva
Ripiano 1980/83	7 000	—	7 000
Ripiano 1984	2 400	400x10	4.000
Ripiano 1985/86	7 300	800x20	16 000
Ripiano 1987	5.300	580x20	11 600
Totali	22.000		38.600

Fonte elaborazione ISIS su dati Ministeri Sanità e Tesoro

IL SISTEMA INFORMATIVO E L'INFORMATIZZAZIONE OPERATIVA DEI LIVELLI CENTRALE, REGIONALE E LOCALE

Target OMS n. 35 - Sistema informativo sanitario.

Prima del 1990 tutti i Paesi dovranno avere sistemi informativi sanitari in grado di sostenere le loro strategie nazionali per la «salute per tutti».

16.1. Premessa

Lo sviluppo dei programmi realizzativi del sistema informativo sanitario ha ricevuto notevole impulso nel corso del 1987

Gli elementi più significativi che hanno caratterizzato tale sviluppo sono, da una parte, il consolidarsi della scelta sullo schema a rete del collegamento tra l'Amministrazione centrale, le regioni e le USL - sanzionato dalla legge 28 febbraio 1986, n. 41 - e il passaggio alla sua realizzazione informatizzata; dall'altra la disponibilità delle risorse e dei programmi operativi previsti dalla convenzione con l'Italsiel, entrata in vigore il 1° agosto 1986 e stipulata in sostituzione della precedente (datata 3 agosto 1982), risolta anticipatamente.

16.2. Acquisizione dei flussi di governo

In attuazione di specifiche indicazioni legislative volte ad accelerare la realizzazione del progetto della «prescrizione a lettura automatica standardizzata» (PLAS), particolare rilievo hanno assunto le attività di definizione delle caratteristiche tecniche delle ricette, così da consentire l'acquisizione dei dati attraverso apparecchiature di lettura ottica veloce.

Gli interventi svolti in questo settore hanno poi avuto come obiettivo quello di definire il nuovo debito informativo delle Unità sanitarie locali nei confronti dell'Amministrazione centrale e delle regioni, disegnando nuovi modelli di acquisizione dei dati; con tale iniziativa si estendono le rilevazioni già in corso per i dati economici e di struttura delle Unità sanitarie locali tramite l'aggiunta di dati epidemiologici e di dati atti a rappresentare anche le attività di prevenzione.

Per tutti i modelli si è anche provveduto alla realizzazione delle procedure necessarie per l'acquisizione e la elaborazione dei dati.

In conseguenza è stato previsto un piano di avviamento graduale delle procedure che consentirà, nel corso del 1988, di iniziare la acquisizione, oltre che dei dati sulle attività del Servizio sanitario nazionale e quelli relativi alle prescrizioni farmaceutiche, anche di quelli relativi al personale ed al patrimonio immobiliare delle Unità sanitarie

locali. Sarà inoltre avviato il flusso di ritorno dei dati verso la periferia, in modo da offrire agli operatori locali gli elementi (medie nazionali, regionali, scostamenti, ecc.) che permettano loro di riscontrare la propria situazione con altre realtà analoghe

16.3. Rete di comunicazione del S.S.N.

La rete di collegamento telematico per la trasmissione dei flussi informativi del Servizio sanitario nazionale è stata definita, oltre che in termini di architettura e di ambiente software, anche in termini di strategia di avviamento. Si è infatti scelto e sperimentato, per la soluzione di regime, un ambiente tecnico (UNIX + Database SQL) in grado di consentire l'utilizzo, quali poli compartimentali della rete, di apparecchiature di diverse case costruttrici. Si è anche provveduto a costruire due prototipi (fra loro diversi) del sistema che sono stati installati rispettivamente in Piemonte ed in Molise. Attraverso queste realizzazioni prototipali verranno individuate le modifiche da apportare alla architettura di riferimento per adattarla alle diverse realtà informatiche delle singole regioni.

Quale realizzazione stralcio della rete di comunicazione del Servizio sanitario nazionale, è nel frattempo iniziato il collegamento diretto dei presidi multizonali di prevenzione con il sistema centrale.

L'urgenza nella acquisizione dei dati relativi allo stato delle acque di balneazione ed alle analisi effettuate sugli alimenti non consente infatti di attendere i tempi di completa realizzazione della rete di comunicazione del S.S.N., alla quale, secondo il disegno originale, avrebbero dovuto essere collegati i presidi

Si è quindi provveduto a dislocare, presso ogni presidio multizonale di prevenzione, un personal computer, dotato delle procedure di elaborazione necessarie per la acquisizione ed il controllo dei dati delle analisi sugli alimenti ed a collegarlo attraverso la rete pubblica (ITAPAC) al sistema centrale. Tale collegamento provvisorio sarà poi sostituito (senza che ciò comporti alcuna modifica nel modo di operare in periferia) da quello definitivo, a mano a mano che saranno installati i poli compartimentali.

L'operazione di installazione anticipata dei personal computers dei presidi risulta particolarmente significativa nella vita del Sistema informativo, oltre che per le ovvie implicazioni funzionali in termini di nuovi dati disponibili e/o tempestività nell'acquisizione di dati già in passato oggetto di rilevazione, anche per le modalità con le quali l'avviamento è stato effettuato

Infatti per l'addestramento del personale dei presidi si è fatto ricorso all'uso di tecniche di «Computer Aided Instruction»; a tal fine è stato predisposto un insieme di programmi che illustrano agli operatori l'uso delle apparecchiature e ne guidano l'apprendimento delle procedure. Si è potuto così procedere all'addestramento «in loco» del personale, attraverso un vero e proprio corso autoprogrammato con verifiche di apprendimento, senza dover spostare di sede né gli allievi né gli istruttori.

Le attività concernenti la rete di comunicazione, pur così rapidamente avviate, sono peraltro ben lungi dall'essere completate, e sotto questo punto di vista il 1988 si presenta come un anno cruciale. Bisognerà, infatti, completare il collegamento di tutti i presidi multizonali di prevenzione e, ai fini di acquisire i dati sulle frodi alimentari, anche nei nuclei antisofisticazioni e sanità dei Carabinieri, nonché dei laboratori degli Istituti zooprofilattici sperimentali. Per quanto riguarda la rete di collegamento con le USL è prevista una terza installazione pilota, nella provincia autonoma di Trento, e la diffusione delle specifiche delle apparecchiature e dell'ambiente software nelle installazioni definitive.

Questi elementi sono indispensabili alle case costruttrici di hardware per formulare delle offerte di apparecchiature coerenti con gli obiettivi (indipendenza dal costruttore di hardware) del Sistema informativo sanitario.

16.3.1. Sistema di supporto alle decisioni

Le attività relative alla costituzione di un sistema di supporto alle decisioni sono state caratterizzate dalla effettuazione di un primo gruppo di analisi sulle serie storiche dei rendiconti delle Unità sanitarie locali.

Tale lavoro è destinato ad evolvere verso un modello di proiezione delle spese del Servizio sanitario nazionale, modello che permetta sia di proiettare a fine esercizio i risultati dei primi trimestri, sia di estrapolare dati complessivi sulla base dei primi dati parziali pervenuti al sistema.

È stato inoltre sviluppato un prototipo del modello di riparto del Fondo sanitario nazionale, tale modello è attualmente in fase di valutazione e di ingegnerizzazione in quanto se ne prevede la diffusione a livello regionale quale supporto al riparto fra le Unità sanitarie locali, e a livello di Unità sanitarie locali per una migliore comprensione dei meccanismi e degli indirizzi sottesi alle scelte economiche.

In prospettiva è inoltre prevista la realizzazione di un prototipo di sistema esperto per la valutazione, sulla base di una serie di indicatori di struttura, attività, risorse e risultati, delle attività svolte dalle regioni e dalle Unità sanitarie locali; obiettivo principale del sistema è la individuazione, per ogni singola regione, delle maggiori carenze suscettibili della definizione di un piano di interventi a breve termine.

I risultati conseguiti da questo prototipo costituiranno la base per la valutazione di efficienza e di efficacia dei servizi sanitari a livello regionale e locale.

È infine previsto l'inizio di attività congiunte con il Consiglio Nazionale delle Ricerche e l'Istituto Superiore di Sanità per la realizzazione di sistemi standard di supporto alla codifica di cause di morte e schede nosologiche.

- Sistema di supporto alle attività istituzionali del Ministero

Il settore in esame era stato affrontato, nel corso della precedente convenzione, solo parzialmente e nell'ottica di privilegiare i cosiddetti «interventi urgenti», interventi di automazione cioè giudicati assolutamente prioritari e da affrontare quindi anche in assenza di un quadro generale di riferimento. Successivamente tali interventi, concentrati nelle aree del Servizio farmaceutico e dell'Assistenza sanitaria all'estero, si sono mostrati comunque di portata tale da poter costruire il nucleo di più organici progetti di automazione.

Il passaggio, nel settore delle attività istituzionali del Ministero, ad un organico piano di automazione, ha comportato la necessità di effettuare interventi di automazione in tutti i seguenti settori.

A) Igiene pubblica

È stata completata l'anagrafe di punti di prelievo per le analisi delle acque di balneazione e si è provveduto a rilevare, elaborare e riproiettare tutti i dati relativi allo stato delle acque nel 1987. Le evoluzioni in questa area riguarderanno da un lato l'acquisizione più tempestiva dei dati attraverso il già citato collegamento al Sistema centrale delle apparecchiature installate nei presidi multizonali di prevenzione, dall'altro la costruzione di carte locali e nazionali sullo stato delle acque. È inoltre allo studio la possibilità di procedere alla pubblicizzazione dei risultati delle analisi, attraverso forme di diffusione idonee a raggiungere in maniera adeguata i cittadini.

È previsto l'avvio di procedure per la rilevazione delle notifiche delle attività pericolose relative alle cosiddette «industrie a rischio». Sarà anche realizzata una anagrafe delle sostanze chimiche dannose, da costituire in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità e con l'ISPELS (Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del Lavoro).

B) Servizio farmaceutico

Le attività svolte nel settore hanno consentito la integrazione della banca dati del farmaco con le procedure di acquisizione delle caratteristiche di composizione e classificazione delle specialità medicinali; è stato inoltre completato il software per la costituzione del Prontuario terapeutico e sono state avviate le procedure di gestione dell'iter di registrazione dei nuovi farmaci e di revisione di quelli già registrati.

L'applicazione più rilevante del periodo è comunque quella relativa al monitoraggio dei farmaci. Sono infatti in corso di acquisizione i dati relativi ai rapporti con le ditte e agli effetti collaterali.

Il monitoraggio dei farmaci raggiungerà la situazione di regime nel corso del 1988 quando sarà possibile collegare gli effetti collaterali non più alla singola specialità medicinale su cui sono stati osservati, ma al principio attivo in essa contenuto così che sarà possibile estendere l'osservazione agli altri farmaci contenenti lo stesso principio attivo.

Il collegamento con il sistema dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per la trasmissione dei dati sul monitoraggio, nonché l'impianto dell'anagrafe delle officine dei cosmetici con la rilevazione dei relativi dati di produzione e quello dell'anagrafe dei farmacisti e farmacie, completano il quadro dei risultati attesi per il 1988 in questo settore.

C) Assistenza sanitaria all'estero

L'automazione nell'area, che aveva già raggiunto un livello adeguato con le realizzazioni effettuate negli anni passati, è stata integrata nel corso del 1987 con le procedure per la gestione della fase di liquidazione delle spese.

L'impianto della anagrafe delle prestazioni di notevole importanza costituisce il principale obiettivo ancora da raggiungere in quest'area e su di esso saranno concentrati gli sforzi di realizzazione.

D) Sanità veterinaria

I primi risultati in quest'area saranno ottenuti nei primi mesi del 1988 con l'acquisizione dei dati relativi al traffico di merci sottoposte a controllo veterinario ai posti di confine; successivamente saranno avviate le procedure relative all'acquisizione dei dati di attività degli istituti zooprofilattici sperimentali. Per i primi mesi del 1989 è invece previsto l'avviamento dell'automazione degli uffici veterinari di frontiera.

E) Igiene degli alimenti

I principali risultati conseguiti sono legati alla rilevazione delle vendite dei diserbanti che ha permesso di acquisire i primi elementi in merito alla distribuzione territoriale di potenziali elementi inquinanti.

Già nel corso del 1988 dovranno essere acquisiti i risultati delle analisi sugli alimenti, dando così attuazione a quanto espressamente previsto dalla legge. La rilevazione dei dati inizierà dalle analisi effettuate presso i presidi multizonali di prevenzione, i cui

risultati saranno acquisiti attraverso le apparecchiature ivi installate; successivamente verranno collegati i nuclei antisofisticazione dei Carabinieri.

F) Medicina sociale

Nel campo della medicina sociale, i risultati già conseguiti sono quelli relativi alle invalidità civili. I temi principali oggetto di automazione nel corso del 1988 sono relativi al trattamento delle tossicodipendenze ed al diabete mellito.

G) Attività di automazione di ufficio ed esigenze di carattere generale

Dal punto di vista delle procedure di interesse generale sono state attivate nel 1987 le procedure automatizzate per la gestione dei concorsi per il reclutamento del personale dell'Amministrazione; le medesime procedure sono poi state adottate per l'utilizzo nell'ambito degli esami di idoneità alle professioni sanitarie.

Nell'ambito dell'automazione di ufficio propriamente detta, si è invece provveduto alla realizzazione di procedure che permettono di seguire l'iter delle pratiche, nonché al collegamento sperimentale con una serie di banche dati esterne fra le quali la banca dati dell'OMS e quelle della Camera e del Senato

Nel corso del 1988 avverrà l'installazione sperimentale della prima versione del sistema integrato di automazione d'ufficio

16.4. Automazione degli ospedali e delle USL

Lo sviluppo dei programmi di automazione si è arricchito di una nuova iniziativa che apre prospettive molto interessanti in termini di rapporti tra Amministrazione centrale e strutture locali del Servizio sanitario nazionale

Nel corso del 1987, alcune Unità sanitarie locali ed alcuni istituti di ricovero e cura a carattere scientifico hanno richiesto all'Amministrazione centrale, in attuazione di quanto disposto dalla legge finanziaria per il 1982, di provvedere alla realizzazione del loro sistema informativo.

Nel rispondere a tale esigenza l'Amministrazione ha ritenuto di poter perseguire un più vasto obiettivo di interesse generale. Ha pertanto commissionato alla Società Italsiel, attraverso un atto aggiuntivo alla convenzione già in atto, una serie di prodotti software destinati all'automazione di ospedali e USL. Tali prodotti, che sono di proprietà della pubblica Amministrazione, saranno infatti offerti gratuitamente dall'Amministrazione a tutte le USL e agli ospedali che, nella loro autonomia, ne faranno richiesta.

Questa soluzione è interessante perché affianca alle attività di indirizzo e coordinamento che l'Amministrazione centrale ha nei confronti delle USL una nuova veste di fornitore di servizi che può forse rappresentare in forma innovativa la saldatura fra i vari livelli di autonomia.

PAGINA BIANCA

IL PERSONALE: LE INNOVAZIONI DEL CONTRATTO DI LAVORO E DELLE CONVENZIONI

17.1. Premessa

Il 1987 è stato caratterizzato dalla chiusura degli accordi relativi ai rinnovi del contratto del comparto sanitario e delle convenzioni con il S.S.N. (tav. 17 1).

Si pone quindi oggi l'esigenza di tradurre in un migliore servizio e in una più attenta valutazione delle nuove esigenze di assistenza nonché in un preciso impegno di aggiornamento professionale per tutti gli operatori, l'insieme delle discipline economiche e normative contenute nei nuovi accordi di lavoro del settore sanitario.

A partire dal mese di marzo e fino a dicembre sono stati sottoscritti in ordine cronologico le convenzioni relative alla medicina generale, alla specialistica ambulatoriale interna, alla pediatria di base (marzo), il contratto del comparto sanità (area medica e non medica) (aprile), le convenzioni per i biologi ambulatoriali e la medicina dei servizi e quelle relative al personale medico navigante e alle farmacie pubbliche e private (quest'ultima, però, ha dovuto attendere il 1988, con il riparto del F.S.N., per la pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale) (giugno) e, infine, la convenzione per la specialistica esterna (dicembre) i cui decreti saranno però pubblicati nel 1988

17.2. Contratto comparto sanità

L'ipotesi di accordo per il personale del Servizio sanitario nazionale, siglata l'8 aprile, è resa esecutiva con D.P.R. 20 maggio 1987, n. 270. L'accordo riguarda il personale dei servizi, presidi ed uffici delle USL, degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, degli istituti zooprofilattici sperimentali, dell'Ospedale Galliera di Genova, dell'Ordine Mauriziano di Torino.

Gli effetti giuridici decorrono dal 1° gennaio 1985, quelli economici si protraggono fino al 30 giugno 1988.

Le nuove retribuzioni sono comprese tra i 3.800.000 al primo livello e i 17.000.000 all'11° livello (anzianità anni 0 e al netto di tutte le indennità). Sono previste anche particolari indennità: di direzione; di assistenza e farmacovigilanza; tecnico-professionale per i biologi, chimici e fisici ed il personale infermieristico; di coordinamento; di polizia giudiziaria; di utilizzazione degli impianti; di rischio da radiazioni; di profilassi antitubercolare; per servizio notturno e festivo. È prevista, poi, l'erogazione di 2.500.000 annue per il personale appartenente al ruolo professionale inquadrato al 9° livello con una anzianità di sei anni al 20 dicembre 1979.

L'aumento medio mensile è stato per i non medici di 127.100 lire e di 762.800 lire per i medici. È stata introdotta, come per gli altri comparti del pubblico impiego, la retribuzione individuale di anzianità (per l'area medica, tuttavia, il meccanismo è rimasto quello precedentemente in vigore)

La misura oraria di lavoro ordinario è stata calcolata dividendo per 175 i seguenti elementi: stipendio tabellare, indennità integrativa speciale, rateo di tredicesima (+ 15% per quello notturno festivo); dal 31.12.1987 il divisore 175 è ridotto a 156.

L'orario di lavoro è fissato in 36 ore settimanali a decorrere dal 31.12.1987. È anche previsto il servizio di pronta disponibilità (immediata reperibilità del dipendente ed obbligo di raggiungere il posto di lavoro, per la quale è prevista una indennità di 33.600 lire per ogni 12 ore) Norme specifiche disciplinano l'istituto della mobilità.

Sul piano normativo le novità riguardano il diritto allo studio, l'aggiornamento professionale, la tutela della salute, le attività sociali e culturali e le materie riguardanti i diritti sindacali. Livelli e materie sono indicati per la parte relativa alla negoziazione decentrata. Per i profili professionali dei medici e veterinari, la regolamentazione della presenza medica in ospedale ed in particolari servizi, del lavoro straordinario, dei servizi di pronta disponibilità, il decreto dispone l'insediamento presso il Dipartimento della Funzione Pubblica di una commissione apposita.

Ampiamente trattata anche la materia relativa all'aggiornamento professionale, all'attività di consulenza, alla libera professione (sia in regime ambulatoriale che in costanza di ricovero), alla ripartizione dei proventi derivati dall'attività libero-professionale svolta dai medici dipendenti e dal personale veterinario.

È stato inoltre riconosciuto il principio della omogeneizzazione economica tra contratto e convenzioni.

Il trattamento economico del profilo professionale dei medici è stato fissato con apposite tabelle (comprendenti dello stipendio e delle indennità) riferite al personale medico a tempo pieno (da 24.750.000 a 39.500.000) e a tempo definito (da 10.050.000 a 16.900.000). Il trattamento economico del personale del profilo professionale veterinari è compreso tra 24.750.000 e 39.500.000 lire. Particolari indennità sono state definite per la responsabilità primaria, per i direttori degli istituti zooprofilattici, per i rischi radiologici.

È stato poi trattato specificamente l'istituto della produttività, per migliorare, tra l'altro, il rapporto fra le prestazioni in normale orario di lavoro e prestazioni rese in plus orario. La sua valutazione è indicata con una apposita tabella così come per le competenze spettanti ai medici, biologi, psicologi, fisici, farmacisti, chimici, ingegneri e personale tecnico sanitario (le attività connesse con l'istituto delle incentivazioni saranno svolte in plus orario).

Sono state infine previste norme particolari in materia di procedura di «raffreddamento dei conflitti», di rapporti con il cittadino utente, di flussi informativi.

Al testo dell'accordo è allegato il codice di autoregolamentazione del diritto di sciopero.

Per riassumere, quindi, le principali novità: maggiore valutazione delle indennità accessorie per medici e veterinari (67 miliardi) e il passaggio di livello per circa 215 mila dipendenti del 4°, 5° e 6° livello che ha portato l'onere complessivo del contratto per i non medici a 1.047 miliardi.

Gli aumenti economici variano dal 14-15% medio per il personale non medico al 41% per il personale medico a tempo pieno (26% per i medici a tempo definito).

Per la parte normativa: riduzione dell'orario di lavoro (da 38 a 36 ore al 31.12.1987) che, per la limitazione delle ore disponibili per lo straordinario con un limite di 80-150 ore al mese, dovrebbe dar luogo ad un aumento dei livelli occupazionali valutato nell'ordine delle 10-30 mila unità; ampliamento degli spazi per la libera professione intra muraria per i medici; nuovi criteri per la mobilità del personale tra una struttura sanitaria e l'altra; possibilità di assunzione per chiamata diretta, non prevista dal precedente accordo.

Le ultime modifiche apportate al testo nei mesi di maggio riguardano in particolare gli ex medici condotti, per i quali viene stabilito di mantenere il vecchio status fino ad esaurimento e, quindi, di permettere loro la contemporanea presenza nell'area della dipendenza ed in quella convenzionata.

17.3. Convenzioni

17.3.1. Medicina generale

Il 4 marzo è stato sottoscritto l'accordo relativo ai cosiddetti «medici di famiglia» e il relativo D.P.R. è il n. 289/87. L'aumento medio, dal punto di vista economico, va dal 29% per tutti al 39% per i medici che esercitano esclusivamente attività di medicina generale (i cosiddetti «puri»). Sul piano normativo, invece, è previsto che l'ambulatorio del medico debba avere gli arredi e le attrezzature indispensabili all'esercizio della professione e, se ubicato presso strutture adibite ad altre attività, un ingresso proprio, eliminando ogni comunicazione fra le due strutture.

Secondo la nuova convenzione il rapporto fra USL e medico cessa per il compimento del 70° anno di età, per mancanza dei requisiti previsti per l'ambulatorio, per incapacità psico-fisica del medico, per mancanza di almeno 50 scelte dopo cinque anni dall'iscrizione agli elenchi (questa norma sarà poi sospesa da una sentenza del TAR).

Oltre a specificare che i medici nuovi iscritti possono acquisire un numero di scelte pari a 1.500 pazienti, con deroga individuale per quelli che al momento della firma ne avevano 1.800, il nuovo accordo stabilisce un massimale di 500 scelte per i medici a rapporto di impiego pubblico a tempo definito, oltretutto a rapporto di lavoro privato a orario parziale, purché compatibile.

Questa norma avrà l'effetto, a partire dal mese di settembre 1987, del cambio di medico per circa tre milioni di italiani. Il rientro nei massimali previsti, infatti, prevede che entro il 19 settembre i medici con più di 1800 scelte debbano consegnare l'elenco nominativo delle scelte in eccedenza. Nel caso di mancato adempimento da parte del medico, la USL ha facoltà di cancellare d'ufficio le scelte eccedenti dando priorità a quelle relative a minori di età inferiore a sei anni, ad assistiti aventi la propria residenza in ambito territoriale diverso da quello della scelta e agli iscritti nell'elenco del medico in data più recente. La USL può operare anche la cancellazione d'ufficio di tutte le scelte in carico al medico, invitando nel contempo i cittadini interessati ad effettuare la nuova scelta del medico di fiducia.

L'accordo stabilisce poi i compiti del medico di medicina generale. Fra questi le visite domiciliari, il consulto con lo specialista e l'accesso presso gli ambienti di ricovero, l'assistenza domiciliare dei pazienti non ambulabili, la tenuta di una scheda sanitaria individuale ad esclusivo uso del medico, le certificazioni obbligatorie per la riammissione alla scuola, quelle di idoneità per le attività agonistiche, le visite occasionali. Il medico eseguirà poi vaccinazioni, visite per i lavoratori a rischio, compilazione e aggiornamento dei libretti di rischio, certificazione dell'idoneità al lavoro.

È previsto, inoltre, il consulto con lo specialista previa autorizzazione della USL, anche presso il domicilio del paziente e viene regolato l'accesso del medico di famiglia presso gli ambienti di ricovero, qualora questo lo ritenga opportuno, concordandolo con il responsabile del reparto in questione. Il medico di medicina generale è poi autorizzato alla richiesta di visita o indagine specialistica o proposta di ricovero o di cure termali, anche in assenza del paziente, su richiesta di un familiare.

Per quanto riguarda l'assistenza programmata agli assistiti non ambulabili, questa è suddivisa in: assistenza domiciliare nei confronti dei pazienti non ambulabili; assisten-

za nei confronti di pazienti ospiti in residenze protette; assistenza domiciliare integrata. Il tutto viene svolto in base ad intese normative ed economiche raggiunte a livello regionale con i sindacati maggiormente rappresentativi della categoria.

Nel nuovo accordo si regola anche la medicina di gruppo. I medici iscritti negli elenchi possono concordare tra di loro e realizzare forme di lavoro di gruppo sulla base di un regolamento ispirato ad alcuni criteri principali organizzativi

I medici iscritti negli elenchi non possono poi esercitare la libera professione nei confronti dei propri convenzionati relativamente ai compiti assegnati loro dall'accordo.

Inoltre, è previsto che della Commissione regionale di disciplina facciano anche parte tre membri e un esperto designati dal Consiglio direttivo della Federazione regionale degli Ordini dei Medici su indicazione effettuata, di norma, di intesa con i sindacati medici maggiormente rappresentati nel Comitato consultivo regionale.

Nell'accordo è anche indicato il divieto alla costituzione di associazioni fino al rientro nel massimale e le associazioni già in atto cessano entro 60 giorni dalla pubblicazione del decreto che rende esecutiva la convenzione. Tutta la norma riguardante tale istituto, però, è stata successivamente sospesa con sentenza del TAR Lazio.

La convenzione prevede inoltre che il medico di medicina generale possa assistere i nati appartenenti a famiglie presso cui abbia in cura fin dalla nascita uno o più minori. Compiuto il sesto anno di età è possibile comunque essere assegnati al medico di medicina generale.

Infine, in un apposito allegato, sono indicate una serie di prestazioni extra, cosiddette «incentivanti», che verranno via via retribuite al medico secondo la loro esecuzione.

17.3.2. *Specialisti pediatri di libera scelta*

Gli aumenti medi, sul piano economico previsti dal D.P.R. n. 290/87, vanno dal 32 al 142% (secondo gli stessi principi della medicina generale).

A tali medici spetta il compito di assistere i bambini da zero a 14 anni, per quanto riguarda prevenzione, cura e riabilitazione e il raggiungimento di uno stato di maturità psico-fisica

Al pediatra sono anche affidate prestazioni di:

- controllo dello sviluppo fisico, psichico e sensoriale e ricerca di fattori di rischio secondo i tempi e le metodologie indicati nei programmi delle USL, con particolare riferimento all'individuazione precoce dei sospetti handicaps neurosensoriali e psichici;
- assistenza programmata ad assistiti non ambulabili, articolata nelle forme di assistenza domiciliare e di assistenza nei confronti di pazienti ospiti in residenze protette,
- esecuzione di eventuali screenings e di prestazioni di particolare impegno professionale, elencate queste in allegato all'accordo,
- profilassi generica e specifica (vaccinazioni obbligatorie e facoltative tecnicamente realizzabili) delle malattie infettive;
- controlli profilattici e relative certificazioni per l'ammissione e la riammissione di legge alle collettività infantili e scolastiche;
- valutazione e certificazione sanitaria dell'idoneità generica sportiva e dell'attitudine alle pratiche sportive;

- interventi di educazione sanitaria nell'ambito dei programmi del servizio rispetto ai rischi prevalenti per l'età evolutiva;
- collegamento con i presidi ospedalieri delle USL, in occasione di eventuali degenze dell'assistito

17.3.3. *Specialistica ambulatoriale interna*

Gli aumenti economici sono dell'ordine del +28% rispetto ai precedenti tariffari, il D.P.R. relativo è il n. 291/87.

Le prestazioni di questi medici sono eseguite di norma tra le ore 7 e le ore 20 di tutti i giorni feriali. Per determinati servizi (ad esempio psichiatria, medicina dello sport, ecc.), individuati in base alle esigenze della programmazione sanitaria, l'attività specialistica può essere svolta anche in ore notturne e festive.

L'organizzazione del lavoro deve prevedere la presenza degli specialisti nei singoli servizi di branca per almeno 12 ore settimanali, valorizzando il lavoro interdisciplinare di gruppo e la responsabilità di ogni medico nell'assolvimento dei propri compiti.

Le prestazioni riguardano:

- consulenze nei confronti del medico di base o di altri sanitari del S.S.N. che lo richiedano, nei limiti e secondo i contenuti del quesito diagnostico e degli indirizzi della USL;
- tutti gli interventi specialistici di diagnosi e terapia delle malattie che non siano strettamente correlati al ricovero, tecnicamente eseguibili, salvo controindicazioni cliniche, in sede ambulatoriale, domiciliare e di day hospital;
- correlazione con i settori della sanità pubblica specie per gli obiettivi della pre-ospedalizzazione e di dimissione protetta;
- consulto con il medico di base previa autorizzazione della USL;
- attività di medicina specialistica in supporto alle azioni di prevenzione individuale e collettiva, da effettuarsi su richiesta della USL nell'ambito di: indagini mirate per lavoratori esposti a rischio; depistages di popolazione per la prevenzione e il contenimento dell'evolversi in forma irreversibile di determinate malattie; problemi relativi alle leggi n. 194/78 (interruzione volontaria di gravidanza) e n. 180/78 (riforma psichiatrica); tutela dell'infanzia e dell'età evolutiva; medicina scolastica; tutela dell'anziano; educazione sanitaria e termalismo (per far fronte a queste esigenze sono state introdotte nella convenzione nuove branche specialistiche: tossicologia medica; scienza dell'alimentazione; idroclimatologia; igiene e medicina preventiva; foniatria; audiologia, chirurgia plastica e allergologia);
- attività di riabilitazione (anche con l'applicazione di protesi);
- attività di supporto specialistico interdisciplinare;
- attività di supporto agli atti di natura medico-legale;
- attività di consulenza richieste dalla USL per i propri fini istituzionali;
- atti e interventi specialistici di particolare impegno professionale, specie finalizzati alla definizione diagnostica e alla continuità terapeutica del caso clinico, da eseguirsi ambulatorialmente, salvo controindicazioni cliniche, secondo modalità convenute con la USL.

Altra novità riguarda le modalità e il funzionamento dei comitati e delle commissioni i cui rappresentanti saranno eletti su suffragio dei medici ambulatoriali (cioè chi vuole candidarsi può farlo e può, eventualmente, essere eletto col voto di tutti i medici della categoria, senza che sia più il SUMAI a indicare i relativi nominativi).

17.3.4. *Medicina dei servizi*

Il nuovo compenso orario di base - D.P.R. n. 504/87 - è di 13.600 lire a decorrere dal 1° gennaio 1986, 14.400 dal 1° gennaio 1987 e 15.200 lire dal 1° gennaio 1988. A tale compenso va poi aggiunto l'adeguamento delle quote di caro vita e gli scatti di anzianità.

Per i medici da inserire ex novo l'accordo prevede un contratto a termine di nove mesi, rinnovabile e con un massimale orario di 24 ore; le graduatorie che regolano l'inserimento dei nuovi medici prevedono un meccanismo di punteggio atto a favorire i medici di guardia con meno di 24 ore di servizio, i generici con meno di 250 scelte (è previsto un aumento di 5 punti in graduatoria) e i medici disoccupati, il cui punteggio aumenterà di 10 punti.

Ai medici già inseriti sono stati invece confermati gli incarichi a tempo indeterminato, con un massimale orario di 24 ore e con miglioramenti economici che si aggirano sul +20%.

17.3.5. *Biologi ambulatoriali*

Aumenti economici di +40%; il D.P.R. è il n. 457/87. Le nuove tariffe orarie prevedono 11.900 lire di aumento dal 1° 1.1985, 12.900 dal 1° 1.1987, 16.000 dal 1° 1.1988. Vi sono poi indennità particolari per ogni 4 anni di anzianità, per l'attività esclusiva e per la piena disponibilità.

Per il massimale orario l'accordo prevede che il biologo ambulatoriale possa essere confermato per un orario settimanale non superiore alle 36 ore, espletabile presso più USL.

Altri elementi innovativi: la mobilità, l'aggiornamento obbligatorio a carico del S.S.N., le assenze giustificate con conseguente conservazione del posto di lavoro, la garanzia previdenziale con l'introduzione di una quota dell'11,9% trattenuta dalle USL al biologo e versata all'Ordine professionale che provvederà a trasferirla ad una società assicuratrice.

È prevista, inoltre, fra i nuovi compiti del biologo ambulatoriale, la salvaguardia dell'ambiente naturale di vita e di lavoro.

17.3.6. *Specialistica convenzionata esterna*

L'accordo è suddiviso in due D.P.R. (pubblicati, però, nel 1988 con i nn. 119 e 120): uno per le branche a visita (dove cioè è il singolo professionista a prestare la sua opera), l'altro per le attività sottoposte a regime autorizzativo (in queste concorrono varie professionalità per il conseguimento dello scopo. Fanno parte di tali attività la diagnostica strumentale e di laboratorio, la diagnostica radioimmunologica, la medicina nucleare e la fisiochinesiterapia).

Per il primo spetta al professionista il compenso omnicomprensivo previsto nell'apposito nomenclatore tariffario. Il 20% del compenso è riferito ai costi dei materiali e alle spese generali.

Per la odontostomatologia tale percentuale è del 30%. Gli aumenti previsti dal 1985 al 1987, da calcolare sul fatturato dell'anno precedente al lordo della maggiorazione ad essa riferita, sono rispettivamente del +60% per il 1985, del +9,9% per il 1986, e del +6,3% per il 1987. Dal fatturato vanno scorporati gli importi delle visite effettuate sui quali le maggiorazioni sono rispettivamente del +200% per il 1985, del +17,6% per il 1986 e del +10,4% per il 1987. Se il decreto applicativo sarà pubblicato dopo il

1° gennaio 1988 (cosa che in effetti è avvenuta), si applica una maggiorazione ulteriore del 4,5% sulle tariffe in vigore al 31.12.1987

Per le attività sottoposte a regime autorizzativo questi sono gli aumenti:

Branca	1985	1986	1987
Laboratorio	12%	3,5%	2,5%
RIA	-	-	-
Radiologia	32%	6,4%	4,2%
Medicina nucleare	25%	5,3%	3,5%
Fisioterapia	52%	9,1%	5,8%

Sul piano normativo poche sono le novità. Nel settore delle attività sottoposte a regime autorizzativo l'accordo è pressoché solo di natura economica ed ha valore, dice il testo, fino a trenta giorni dopo l'emanazione della legge finanziaria.

Per le branche a visita è specificato che i professionisti possono restare in attività fino a 70 anni.

Entrambi gli Accordi sono ex articolo 48 della legge 833/78

Tavola 17.1 - Contratto e convenzioni nel 1987, aumenti economici e innovazioni normative.

AREE INTERESSATE	Aumenti economici e principali innovazioni	D.P.R. e data pubbl. G.U.	Scadenza contratto
<p>Comparto sanitario Area medica Addetti 75 200</p>	<p>Aumenti su stipendio e indennità fisse Tempo pieno Assistente + 41%, Aiuto + 41%, Primario (al netto dell'indennità primariale) + 42 Tempo definito Assistente + 26%, Aiuto + 26%, Primario (al netto dell'indennità primariale) + 25 Aumento indennità primariale minimo + 28,5%, massimo + 26,6% Principali innovazioni Istituzione di un'area negoziale medica riservata ai medici e ai veterinari del SSN</p>	<p>D.P.R. n. 270 del 20 maggio 1987 pubbl. G.U. n. 160 suppl. n. 2 - 11/7 1987</p>	<p>Parte normativa 31/12 1987 Parte economica 30/6 1988</p>
<p>Comparto sanitario Area non medica Addetti 480 000</p>	<p>Aumenti su stipendio base Livello 1 + 15% Livello 2 + 26% Livello 3 + 29% Livello 4 + 26% Livello 5 + 14,5% Livello 6 + 26% Livello 7 + 33% Livello 8 + 35% Livello 9 + 39% Livello 10 + 24% Livello 11 + 21% Principali innovazioni cambia il meccanismo di calcolo di anzianità; nuovi criteri per la mobilità, vari passaggi di livello che interessano circa 250.000 dipendenti precedentemente inseriti tra il 4° e il 6° livello</p>	<p>Pubbl. un successivo D.P.R. (l. 494/87) per la registrazione con riserva di alcuni articoli cassati dalla Corte dei Conti</p>	

Segue: Tavola 17.1 - Contratto e convenzioni nel 1987, aumenti economici e innovazioni normative

AREE INTERESSATE	Aumenti economici e principali innovazioni	D.P.R. e data pubbl. G.U.	Scadenza contratto
Medicina generale Addetti 54 200	Aumenti economici intorno 30-32% Massimale di 1 500 scelte, con eccezioni 1 800 (precedente massim. 1 800 scelte con maggiori deroghe delle attuali)	D.P.R. n 289, pubbl. G.U. n 168, supplement. n 1 del 21 luglio 1987	30.6 1988
Specialistica ambulatoriale interna Addetti 20 000	Circa 28% di aumento. Ampliamento delle prestazioni con nuove branche di specializzazione, stabilità degli incarichi, monte-ore a livello regionale	D.P.R. n 291, pubbl. G.U. n 168, supplement. n 2 del 21 luglio 1987	30.6 1988
Pediatria Addetti 4 300	30-32% di aumento Nuove prestazioni, massimale di 1 100 scelte.	D.P.R. n 290, pubbl. G.U. n 168, supplement. n 1 del 21 luglio 1987	30.6 1988
Specialistica esterna Addetti 10 000	Aumenti Attività sottoposte a regime autorizzativo Branca Laborat RIA Radiol Med. nucl Fisioter. Branche a vista 1985 1986 1987 60% 9,9% 6,3% 200% 17,6% 10,4% A partire dal 1° gennaio 1988 e fino alla pubblicazione del D.P.R., + 4,5% sulle tariffe al 31.12.1987. L'accordo è, per tutti, ex art. 48 legge 833/78. Aumento del 41% Graduatoria unica con la medicina generale e facilitazioni per l'inserimento dei medici disoccupati, massimale orario portato da 24 a 36 ore sett., calcolo anzianità	Accordi siglati il 17 e 18 dicembre 1987	Attività sottoposte a regime autorizzativo valore triennale a partire 1.1.1988 L'accordo avrà comunque valore sino a 30 giorni dall'entrata in vigore della finanziaria 1988 Branche a vista 30.6 1988
Guardia medica Addetti 19 700		D.P.R. n 292, pubbl. G.U. n 168, supplement. n 2 del 21 luglio 1987	30.6 1988

Segue: Tavola 17 1 - Contratto e convenzioni nel 1987, aumenti economici e innovazioni normative.

AREE INTERESSATE	Aumenti economici e principali innovazioni	D.P.R. e data pubbl. G.U.	Scadenza contratto
<p>Medicina dei servizi Addetti: 5 000</p>	<p>Aumenti del 25% Stabilità degli incarichi per i già inseriti, per i medici con incarico a tempo determinato istituzione di una graduatoria unica con la medicina generale, incarichi a tempo determinato portati da 6 a 9 mesi, meccanismi di punteggio atti a favorire i medici disoccupati</p>	<p>D.P.R. n. 504, pubbl. G.U. n. 289, supplemento 11/12 1987</p>	<p>30.6.1988</p>
<p>Case di cura private n. 600</p>	<p>Aumento delle diarie del 7,5% per il primo anno e del 4% per il secondo</p>	<p>Accordo siglato il 31/10/1986, da ratificare a livello regionale. Non è prevista una norma legislativa nazionale, ma solamente la ratifica con normative regionali</p>	<p>Scadenza annuale Vale la data di ratifica regionale</p>
<p>Biologi ambulatoriali Addetti: 500</p>	<p>Aumenti, a regime, del 102,4% sulla retribuzione oraria base Promozione e salvaguardia dell'igiene dell'ambiente di vita e di lavoro, prevenzione delle malattie e degli aspetti connessi, vigilanza degli alimenti e repressione delle sofisticazioni</p>	<p>D.P.R. n. 457, pubbl. G.U. n. 261 del 7/11/1987</p>	<p>30.6.1988</p>
<p>Farmacie convenzionate n. 13 600 urbane e n. 4 400 rurali</p>	<p>Attivazione di controlli quali-quantitativi della spesa su tutto il territorio nazionale mediante un nuovo programma di informatizzazione dei dati relativi alla prescrizione dei farmaci</p>	<p>Sottoscritto dalle parti a metà del mese di luglio il testo proposto dal Ministero della Sanità e dall'ISCS. Per la firma definitiva del Ministro si attende la ripartizione del FSN. Il CSN ha comunque espresso parere favorevole</p>	

Fonte: ISIS, n. 4, gennaio 1988

L'ATTUAZIONE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA NAZIONALE, REGIONALE E LOCALE

18.1. Livello nazionale

La programmazione sanitaria, in Italia, ha una storia lunga e complessa che nasce antecedentemente al primo progetto organico di programmazione economica generale e accompagna il sistema sanitario nella sua trasformazione da tripolare (comuni, mutue, ospedali) al servizio sanitario unico e integrato, vivendo tutte le stagioni degli indirizzi via via prevalenti nel dibattito politico e scientifico ed in specie la contrapposizione disposizioni precettive-disposizioni indicative.

Al fondo, resta il fatto certo che la programmazione - prima quella di settore, qual era quella ospedaliera prevista dalla legge di riordino dei nosocomi del 1968, e poi quella del nuovo servizio sanitario nato dalla riforma del 1978 - non ha avuto finora l'attuazione sperata.

A livello generale mancano tuttora gli strumenti previsti dalla legge di riforma che proprio sulla programmazione puntava per ricompattare i vari «spezzoni» ereditati dal precedente sistema, per riequilibrare i servizi sul territorio la cui collocazione era il risultato di azioni scollegate dei diversi soggetti e della intraprendenza localistica, per qualificare l'assistenza sanitaria ed anche per recuperare risorse economiche da destinare alle nuove frontiere del servizio sanitario ed in prima linea alla prevenzione.

Su questo piano, l'unico, anche se importante, risultato è la legge 595/1985 che contiene le norme per la programmazione sanitaria e per il piano sanitario triennale 1986-1988. Ma essa non ha effetti concreti per quanto concerne il progetto programmatico globale perché priva degli altri adempimenti connessi e interdipendenti, quali sono il piano sanitario nazionale e le relative disposizioni finanziarie.

Peraltro, pur mancando questi due strumenti, il processo non si ferma e trova parziali riscontri operativi nelle cosiddette «leggi finanziarie» ed in provvedimenti legislativi specifici degli anni successivi.

In applicazione alle disposizioni della citata legge 595/1985, infatti, si è proceduto da parte del Ministero della Sanità ad elaborare nel 1986 una proposta di piano sanitario nazionale la quale contiene, tra l'altro, gli indirizzi organizzativi del servizio sanitario finalizzati a coinvolgere gli operatori nella programmazione e nello svolgimento degli interventi, ad attuare modelli flessibili di organizzazione, a perseguire il riequilibrio territoriale adeguando progressivamente le dotazioni agli standards, ad organizzare a livello distrettuale le attività di base ed a riorganizzare i presidi ospedalieri e le altre strutture sanitarie.

Questo progetto ministeriale non ha trovato nel 1986 e nel 1987 la sanzione formale dell'autorità competente. Non ha mancato, tuttavia, di produrre effetti per via indiretta. Il Governo infatti ha introdotto nel d.d.l. «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato» (legge finanziaria 1988), presentato nel settembre del 1987, alcune proposte concernenti il riordino della rete ospedaliera italiana, la disciplina delle convenzioni specialistiche private, l'incentivazione per l'introduzione di strumenta-

zioni informatiche nell'assistenza farmaceutica, il riordino delle prestazioni di lavoro degli operatori, la ristrutturazione edilizia e l'ammmodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico, la realizzazione di residenze per anziani e soggetti non autosufficienti

18.2. Livello regionale

La mancanza del piano nazionale non ferma del tutto il processo programmatico regionale

L'elaborazione dei piani sanitari regionali avrebbe dovuto, in vero, essere preceduta, a norma della legge 833/78, dalla approvazione del piano nazionale. Tuttavia il ritardo del Parlamento nel provvedervi, la circostanza che il progetto di piano sia passato al vaglio del Consiglio Sanitario Nazionale (e quindi in un certo senso delle stesse regioni) ed infine la circostanza che il CIPE ha fatto propri alcuni criteri ispiratori hanno comportato che - a partire dal 1981 e specie negli anni 1984 e 1985 - nove regioni e la provincia autonoma di Bolzano siano pervenute alla definizione con legge di documenti di piano (Piemonte, Valle d'Aosta, P a. Bolzano, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Sardegna)

Ma lo stato di avanzamento della programmazione regionale è più progredito di quanto risulti dall'elenco perché tutte le rimanenti regioni dispongono di documenti di piano in fase di avanzata elaborazione; in taluni casi esistono proposte di Piano già approvate dalle rispettive Giunte regionali ed all'esame dei Consigli regionali.

Più specificatamente la situazione, alla fine del 1987, è la seguente (tav. 18.1):

- la regione Piemonte ha adottato il primo ed il secondo piano sanitario, che coprono l'arco degli anni 1982-87, ed ha in corso l'emanazione di una legge di proroga per l'anno 1988;

- delle altre nove regioni che si sono dotate del primo piano, otto stanno provvedendo al secondo piano (la Valle d'Aosta, la P a. di Bolzano, il Veneto dispongono di una proposta approvata dalla Giunta; l'Emilia-Romagna, la Toscana e le Marche hanno uno studio dell'Assessorato; il Friuli e l'Umbria hanno avviato l'elaborazione di una proposta assessorile); la Sardegna continua ad avvalersi del primo piano, che è automaticamente prorogato fino all'adozione del nuovo;

- le regioni Liguria, Molise e Puglia dispongono di una proposta approvata dalla Giunta;

- le regioni Lombardia, Abruzzo, Campania, Basilicata, Calabria e Sicilia dispongono di uno studio dell'Assessorato alla sanità;

- la regione Lazio ha in corso di elaborazione una proposta assessorile.

In questo quadro meritano attenzione le linee direttive dei progetti di piano regionali di cui si dispone

18.2.1 P a. Bolzano

La provincia ha in corso di approvazione il secondo piano sanitario relativo al triennio 1987-1989.

Il progetto muove dalla premessa che il quadro attuale è parzialmente mutato rispetto a quello in cui venne predisposto, nell'anno 1982, il Piano sanitario provinciale 1983-1985. Innanzitutto - riconosce la provincia - vi è l'esperienza del primo Piano, il quale ha insegnato che nel settore della sanità occorre operare in modo concreto. non ci si può limitare ad esprimere mere formule propositive che non possono incidere sulla realtà. Devono prevedersi invece tempi, scadenze ed interventi precisi. Anche sul piano

legislativo nazionale sono intervenuti elementi nuovi ed in particolare la legge 23 ottobre 1985 n. 595 che reca norme per la programmazione sanitaria e per il Piano sanitario triennale 1986-1988. Si sono quindi realizzate molte premesse affinché si possa passare da un Piano sanitario provinciale, quale rappresentazione di problemi e di intenti, ad un Piano sanitario provinciale che, partendo dai problemi, conduca a soluzioni operative.

Sulla scorta di tali criteri di fondo, il Piano sanitario provinciale indica le linee direttrici riguardo a: servizi di base e distretti sanitari di base; medicina ospedaliera; ospedali per acuti e strutture di ricovero per cronici; servizi zonali, ivi compresa la medicina specialistica ed il servizio veterinario; formazione del personale; stima del fabbisogno quantitativo e qualitativo del personale; sistema informativo sanitario; riorganizzazione della sanità provinciale; progetti-obiettivo e azioni programmate, fabbisogno finanziario.

Di rilievo appare l'indirizzo assunto circa le USL. Infatti si ritiene superato il concetto di suddivisione del territorio fra diverse Unità sanitarie locali. L'intero territorio provinciale è da considerare come campo d'intervento unitario. Ciò comporta il superamento, almeno parziale, di interessi di vallata o di comprensorio nella distribuzione dei servizi e consente una migliore razionalizzazione nella loro individuazione e redistribuzione. Quanto sopra con particolare riferimento alla rete ospedaliera ed ai servizi zonali. È evidente che l'interesse di una determinata comunità a poter disporre di un determinato servizio continuerà ad esserci, ma la soppressione delle singole Unità sanitarie locali consentirà che il suddetto interesse non venga istituzionalizzato e fatto proprio da una entità locale che, proprio perché è locale, non ha, il più delle volte, una visione generale del problema e, quand'anche lo avesse, è tenuta ad evidenziare e difendere l'interesse più specifico della comunità di appartenenza.

Altro elemento di rilievo riguarda la ripartizione dei poteri tra l'Unità sanitaria, l'Assessorato provinciale alla sanità e la Giunta provinciale.

Fulcro del sistema è dunque l'Assessorato, cui spetta di intervenire presso l'Unità sanitaria in caso di inerzia di quest'ultima, o presso la Giunta provinciale al fine di promuovere l'adozione dei provvedimenti di competenza.

18.2.2. Regione Liguria

La Giunta regionale, in data 12 febbraio 1987, ha approvato e trasmesso al Consiglio il disegno di legge riguardante il primo piano sanitario.

Il progetto è articolato in tre parti. La prima riguarda gli «interventi generali» ed indica contenuti, modalità e tempi relativamente a:

- a) attivazione dei distretti sanitari di base;
- b) riorganizzazione delle attività specialistiche;
- c) ristrutturazione della rete ospedaliera;
- d) attivazione del S.I.R.;
- e) riorganizzazione delle attività di formazione, riqualificazione ed aggiornamento professionale del personale;
- f) indirizzi per l'utilizzo dei presidi di degenza;
- g) piano delle attrezzature;
- h) indicazioni per la determinazione delle piante organiche;
- i) educazione sanitaria;
- l) ricerca sanitaria finalizzata;
- m) utilizzo delle attività di volontariato.

La seconda parte concerne i «progetti-obiettivo»:

- a) tutela materno-infantile;
- b) tutela della salute degli anziani;
- c) tutela della salute mentale;
- d) prevenzione degli «handicaps» e riabilitazione dei disabili;
- e) prevenire le tossicomanie, assistere e riabilitare i tossicodipendenti.

La terza parte del documento si riferisce alle «azioni programmate»:

- a) tutela degli ambienti di vita;
- b) vigilanza sull'igiene degli alimenti e interventi sulle sofisticazioni alimentari;
- c) sicurezza e tutela della salute dei lavoratori in ambienti di lavoro;
- d) sanità pubblica veterinaria;
- e) prevenire e contrastare le malattie neoplastiche;
- f) prevenire e contrastare le malattie cardiovascolari;
- g) provvedere alle emergenze sanitarie;
- h) tutela dei nefropatici cronici;
- i) lotta al diabete;
- l) lotta all'epilessia;
- m) tutela dell'attività sportiva dei giovani in età evolutiva;
- n) sanità amica.

Completano il documento cinque tavole relative a:

- tav. A: servizi e unità operative delle USL liguri;
- tav. B: organizzazione del servizio ospedaliero;
- tav. B/1: servizi di nuova istituzione;
- tav. C: posti letto per specialità e per USL;
- tav. D: dipartimenti.

18.2.3. Regione Emilia-Romagna

La proposta relativa al secondo Piano sanitario, elaborata dall'Assessorato nel luglio 1987, è incentrata essenzialmente sul rapporto nuovo che deve intercorrere tra Piano regionale e programmazione operativa locale e quindi sulla applicazione dei contenuti programmatici a livello di USL, delle procedure e dei soggetti istituzionali coinvolti nel processo programmatorio e nella verifica della sua attuazione.

Riguardo ai contenuti di rilievo strategico il Piano mira essenzialmente a tre obiettivi qualificanti e di rilevanza tale da intrecciarsi ed interagire con l'intera articolazione del Piano stesso nei suoi diversi e specifici programmi, e precisamente:

- i problemi e gli obiettivi relativi ad una organica politica di tutela dell'ambiente, di prevenzione dei rischi nei luoghi di vita e di lavoro e di tutela della salute delle fasce più deboli della popolazione;

- le indicazioni e gli interventi, in assonanza con le prescrizioni della legge 595/85, in materia di riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera nel territorio regionale;

- una attenta rilettura di tutte le problematiche organizzative, gestionali ed inerenti comunque il rapporto con i cittadini utenti, per una riqualificazione di tale rapporto e per l'affermazione pratica dei diritti e delle esigenze dei cittadini stessi.

18.2.4. Regione Umbria

La regione ha avviato nel 1987 la redazione del secondo Piano sanitario regionale sulla base di una delibera approvata dal Consiglio regionale.

Il documento impegna la Giunta:

1) ad avviare le procedure per l'elaborazione del nuovo Piano socio-sanitario triennale sulla base dei seguenti presupposti:

a) selezione degli obiettivi in base di criteri di operatività e fattibilità;

b) organizzazione degli interventi per «progetti» (progetti obiettivo e azioni finalizzati, progetti risorse e progetti di settore) costruiti su griglie uniformi e attraversati da «azioni» organiche ed unitarie per la formazione e l'educazione sanitaria, la ricerca e l'elaborazione dei dati conoscitivi e la valutazione dei risultati;

c) determinazione di obiettivi temporali (triennali ed annuali) che consentano verifiche del processo in corso in ciascuna USL;

2) a concentrare le priorità nei seguenti campi:

a) distretto di base;

b) prevenzione nell'ambiente di vita e di lavoro e riassetto dei servizi di sanità pubblica;

c) salute mentale;

d) sviluppo dei servizi socio-assistenziali;

3) a definire, contestualmente alla elaborazione del nuovo piano, l'assetto della rete ospedaliera avviando in seno alla collettività regionale un ampio confronto;

4) a progettare interventi speciali:

a) per l'organizzazione dipartimentale della rete ospedaliera;

b) per la razionalizzazione della gestione economico-finanziaria con particolare riguardo alla amministrazione per centri di costo e alla responsabilizzazione dei decisori di spesa attraverso l'articolazione del bilancio formale in bilanci budgetari;

c) per la delineazione delle priorità per gli investimenti di rilevanza regionale;

d) per dare concreta attuazione alle questioni attinenti ai diritti del malato e più in generale del cittadino nell'accesso ai servizi;

5) a garantire la partecipazione della rete delle autonomie locali ai processi programmatici sopra definiti, assegnando compiti propositivi alla Consulta regionale di sanità, ed integrando quest'ultima con rappresentanze dirette dei comuni;

6) a predisporre entro un anno il nuovo Piano sanitario regionale e a utilizzare in questa fase transitoria con il concorso diretto dei comuni, nell'ambito della Consulta regionale di sanità, la L.R. 22/84 che prevede l'emanazione di direttive alle USL.

18.2.5. Regione Marche

La regione ha predisposto nel 1987 una proposta per il secondo piano sanitario, da considerare come momento di prosecuzione del primo piano e di transizione in vista degli obiettivi che saranno definiti a livello nazionale. Nel contesto di tale scelta sono state riconfermate le finalità del primo P.S.R. sia pure alla luce delle nuove indicazioni della recente legislazione: legge n. 585/87 e legge n. 109/88.

Questo secondo piano sanitario regionale, pur presentato in una nuova stesura rispetto al primo P.S.R., non ne modifica i contenuti fondamentali, ma ne vuole solo rendere più agevole la lettura. Esso infatti si articola in cinque capitoli. Nel primo «Orientamenti generali» vengono esplicitati principi, obiettivi e condizioni per la realizzazione del piano stesso; nel secondo viene descritto il modello organizzativo dei servizi sanitari e i criteri assunti per la quantificazione del personale; nel terzo capitolo «Organizzazione dei servizi sanitari per USL» viene esplicitata per ogni singola USL l'articolazione dei servizi in termini di strutture, personale e azioni, così come derivante dal modello organizzativo del capitolo precedente (è evidente che per ciò che riguarda la quantificazione dei servizi le indicazioni tecniche per ora fornite possono subire ulteriori modifiche, integrazioni e correzioni che deriveranno dalla consultazione con le parti sociali, gli operatori e gli organi istituzionali); nel quarto capitolo «Iniziativa qualificanti» vengono illustrati i programmi relativi ai progetti obiettivo, alle azioni programmate, alla sorveglianza dell'AIDS, al programma per una Sanità amica, al Termalismo terapeutico, alla Tecnologia medica, al Sistema informativo sanitario ed infine alla ricerca sanitaria finalizzata e alla politica e formazione del personale; nell'ultimo capitolo, infine, viene fornito il calcolo del fabbisogno finanziario del Piano stesso. Tutti gli elementi conoscitivi della situazione dei servizi sanitari delle USL marchigiane - da cui sono stati tratti dati, valutazioni e considerazioni per la elaborazione del documento - sono forniti in allegato.

18.2.6. Regione Abruzzo

La regione, il cui Assessorato alla sanità aveva in precedenza elaborato uno studio preliminare, nel 1987 esprime con legge regionale la volontà di definire il piano sanitario indicandone alcuni contenuti e procedure.

La legge 27 agosto 1987, n. 45, prevede l'approvazione del Piano da parte del Consiglio regionale entro sei mesi.

Detto documento va elaborato dalla Giunta regionale su proposta del componente preposto al settore sanità, igiene e sicurezza sociale, sentiti il Consiglio sanitario regionale e le Unità sanitarie locali. La Giunta si avvale di un comitato consultivo costituito dall'Assessore regionale alla sanità, da dirigenti dei servizi del settore sanità, da un esperto designato da ogni gruppo presente in Consiglio regionale e da rappresentanti di associazioni sindacali e professionali.

Alla fine del 1987 risulta elaborato uno studio da parte del predetto Comitato.

18.2.7. Regione Campania

La regione ha avviato concretamente il processo programmatico predisponendo nel 1985 un documento «Studi di base per la proposta di Piano sanitario regionale 1985-87» a cura dell'Assessorato alla sanità in collaborazione con un istituto di ricerca.

Nel 1987, con la legge 25 agosto 1987 n. 36, ritiene di dettare prioritariamente un complesso di norme per la programmazione e per il Piano anche alla luce della legge 595/1985.

Le disposizioni in parola (38 articoli) costituiscono «in nuce» la struttura di una vera e propria legge di Piano: indicano infatti gli scopi, le priorità e le azioni programmate ed i progetti-obiettivo; stabiliscono le modalità per l'attuazione del Piano, il ruolo delle USL ed i criteri per la verifica; stabiliscono i criteri per determinare il fabbisogno finanziario lordo del servizio sanitario regionale e per la individuazione delle fonti di copertura nonché il finanziamento del Piano regionale, per la ripartizione del fondo sanitario sia per la parte corrente a destinazione indistinta e vincolata sia per le spese in conto capitale; disciplinano l'organizzazione dell'Assessorato alla sanità, l'istituzione dell'os-

servatorio dei prezzi e dei consumi, l'attivazione del sistema informativo sanitario, dell'osservatorio epidemiologico, del consiglio sanitario regionale, del comitato per la programmazione sanitaria; prevedono una serie di standards riferiti all'utenza (numero di prestazioni/abitanti) ed alle ore di erogazione di prestazioni per singole specialità, i criteri di istituzione, organizzazione e funzionamento dei distretti sanitari di base, l'articolazione in servizi sanitari e amministrativi delle USL, le modalità per la riorganizzazione della rete ospedaliera

18.2.8. Regione Basilicata

Il dipartimento sicurezza sociale della regione ha ultimato nel luglio 1987, in collaborazione con un istituto di ricerca, una proposta di legge regionale concernente il Piano sanitario regionale per il triennio 1987-89.

Il documento premette la necessità che la regione si doti di uno strumento caratterizzato, riferito ai fabbisogni di strutture, di personale e di finanziamenti rapportati al bisogno sanitario della popolazione, in una visione integrata tra qualità della vita e sviluppo economico e sociale

In questo senso il P.S.R. si pone come logico corollario del Piano regionale di sviluppo e come stimolo di più vaste tematiche riguardanti, più in generale, la crescita stessa della Basilicata dal punto di vista socio-economico e l'acquisizione di livelli di maggiore equilibrio rispetto alle altre regioni.

Il sistema sanitario della Basilicata ha dotazioni di strutture e personale non solo inferiori a quelle delle regioni più sviluppate (nello specifico settore sanitario), ma nettamente inferiori anche rispetto ai riferimenti medi nazionali.

Le risorse finanziarie assegnate nel corso di questi anni dallo Stato, pur crescenti in termini assoluti, sono state inadeguate rispetto ai costi. Il blocco delle assunzioni, d'altra parte, non ha consentito l'adeguamento dei servizi all'ampliamento delle funzioni indicato dalla legge di riforma sanitaria.

Il Piano propone la soluzione di alcune questioni nodali per la regione, ed in particolare:

- 1) definizione delle funzioni di base e dell'organizzazione dei relativi servizi territoriali: si prevede specificatamente che i distretti possano essere articolati in aree sub-distrettuali in cui garantire la presenza continua di un minimo di personale (almeno il medico pubblico e l'infermiere). In questo modo è possibile riuscire a contemperare due esigenze diverse: mantenere la figura del medico pubblico nei piccoli comuni (in analogia all'esistente medico condotto e/o ufficiale sanitario) e costituire la nuova struttura di erogazione dei servizi sanitari di base su tutto il territorio, valida dal punto di vista operativo;
- 2) adeguamento quantitativo della rete ospedaliera agli standards indicati nella legge 595/1985 e sua ristrutturazione dal punto di vista qualitativo, al fine di una ottimale aderenza ai bisogni sanitari della popolazione (avuto riguardo particolare al problema delle emergenze sanitarie ed ai forti flussi migratori);
- 3) definizione dei criteri di formulazione delle piante organiche definitive da parte delle USL e stima del fabbisogno qualitativo e quantitativo di personale;
- 4) analisi dei fabbisogni finanziari connessi con il potenziamento del Servizio sanitario regionale e verifica dei criteri di riparto del Fondo sanitario nazionale;
- 5) indicazione degli indirizzi e della interconnessione tra i servizi sociali e sanitari.

18.2.9. Regione Calabria

L'Assessorato alla sanità ha elaborato nel 1986 una proposta di Piano sanitario regionale, successivamente aggiornato nel 1987, che contiene la rilevazione della situazione esistente ed un progetto complessivo ed articolato, basato sulla legislazione vigente e sul documento politico-programmatico dell'amministrazione regionale.

I punti cardine della proposta sono quelli specifici della realtà regionale:

- 1) la distribuzione sul territorio regionale delle funzioni e dei servizi sanitari e l'organizzazione della medicina di base;
- 2) l'opportunità della sperimentazione in tema di distretti sanitari di base prima della loro attuazione su scala regionale;
- 3) l'analisi della fattibilità in tema di promozione in tema di qualità dell'ambiente in relazione ai problemi sanitari in considerazione del fatto che è difficile separare interamente i due aspetti dell'unico problema costituito dal migliorare la qualità generale della vita in ogni sua manifestazione;
- 4) l'approfondimento sul tema della ricerca scientifica applicata in considerazione della sua stretta attinenza con lo sviluppo della qualità dei servizi;
- 5) la valutazione in termini economici dell'entità dei finanziamenti necessari, l'indicazione dei tempi tecnici di realizzazione e delle modalità per richiedere i relativi finanziamenti per le nuove costruzioni e le ristrutturazioni e riconversioni;
- 6) la qualificazione degli addetti (politici, tecnici, amministrativi) stante la fondamentale rilevanza della qualità dell'operatore sull'efficacia ed efficienza dei servizi;
- 7) l'approfondimento di tipo metodologico-operativo che specifica l'architettura del sistema informativo, ne indica strumenti e modalità e tempi di attuazione;
- 8) la redistribuzione dei servizi sul territorio regionale ripartito in 11 aree funzionali, in cui vanno esplicitate sia le attività ospedaliere di base, sia quelle di livello superiore più diffuse, mentre quelle meno diffuse hanno bacini in genere provinciali.

18.2.10. Regione Sicilia

L'Assessorato alla sanità ha ultimato a fine 1986 l'elaborazione del documento «Proposta di legge regionale per il Piano sanitario 1987-1989».

Il Piano - che nasce da un'analisi della realtà del Servizio sanitario regionale e della più vasta realtà sociale, demografica, territoriale e dello stato di salute della popolazione effettuata dalle strutture operative dell'Assessorato regionale alla sanità e che è basato sulla legge 23 ottobre 1985, n. 595 e sulla proposta di Piano sanitario nazionale formulata dal Ministero della Sanità e discussa dal Consiglio Sanitario Nazionale - affronta e propone soluzioni a problemi complessi che attengono all'organizzazione dei servizi sanitari, alla definizione dei distretti sanitari di base, alla formulazione di criteri per la definizione delle piante organiche, alla formulazione del programma ospedaliero, alla formulazione di programmi di settore (in particolare l'emergenza sanitaria e la sanità amica), allo sviluppo di indicazioni operative per le azioni programmate e di progetti obiettivi, alla quantificazione delle risorse finanziarie necessarie all'attuazione del Piano.

Uno degli elementi centrali del Piano attiene alla valutazione delle risorse umane necessarie ed indispensabili per l'erogazione delle prestazioni che il Servizio sanitario regionale è tenuto a dare alla popolazione assistita.

Il Piano, sulla base di specifici ed analitici criteri di formazione delle piante organiche, valuta il fabbisogno complessivo di personale e pone il problema delle risorse finanziarie che debbono e possono essere recuperate.

Il secondo elemento di rilievo del Piano riguarda la ridefinizione e riorganizzazione della rete ospedaliera sulla base dell'adeguamento della rete nel suo complesso allo standard nazionale di 6,5 posti letto per 1.000 abitanti, del potenziamento delle divisioni specialistiche, mediche e chirurgiche, soprattutto per il settore dell'emergenza, del potenziamento delle attività di day-hospital.

Un terzo elemento centrale del Piano attiene alla definizione ed al dimensionamento dei distretti sanitari di base, visti come insieme di servizi di base e di quelli specialistici diffusi (poliambulatorio, consultorio, ecc.) che costituisce il riferimento diretto ed esauritivo del cittadino.

Il Piano poi prevede un insieme coordinato di azioni programmate e di progetti obiettivi (oltre a quelli di legge, anche progetti di interesse regionale riguardanti le ematopatie e le gastroenteropatie) volti a mobilitare le strutture del Servizio sanitario regionale verso settori di attività, patologie e gruppi di popolazione che più necessitano dell'azione preventiva, curativa e riabilitativa dei servizi delle USL.

Infine, in allegato al Piano è riportata una proposta di aumento della dimensione demografica delle USL (già oggetto di specifico disegno di legge approvato dalla Giunta regionale di governo) che risponde ad esigenze tecnico-organizzative che dovrebbero tradursi in miglioramento del servizio e contemporaneo contenimento della spesa.

18.3. Livello locale

La legge di riforma sanitaria non esalta il ruolo del comune e dell'USL come soggetti corresponsabili nel processo programmatico. Le norme degli artt. 55 e 56 relativi ai piani regionali infatti non prevedono un apporto specifico, tranne che la generica «consultazione degli enti locali e delle altre istituzioni ed organizzazioni interessate» da parte della giunta regionale. L'attuazione programmatica è solo richiamata da parte dell'art. 15 che prevede l'adozione di piani e programmi che impegnano più esercizi dell'assemblea.

Va altresì notato che anche la citata legge 595 «Norme per la programmazione sanitaria e per il piano sanitario triennale 1986-1988» prevede due soli livelli di programmazione: Stato e regioni (art. 29), mentre non indica l'USL.

L'omissione assume particolare significato di scelta politica, che, se poteva essere in qualche modo comprensibile nella legge di riforma, quando il discorso sulle autonomie locali e sulla configurazione giuridica ed operativa delle USL non era ancora maturato, non lo è più alla luce anche delle opzioni che nel frattempo hanno fatto le regioni sulla scorta degli scarsi risultati conseguiti nei casi in cui i piani regionali non hanno coinvolto in prima persona le USL ed i comuni.

La legge in parola ignora questo stato di fatto; nella parte relativa ai contenuti dei piani regionali, infatti, prevede tutta una serie di adempimenti senza coinvolgere il livello locale. Risulta così, a dir poco, anomalo che a proposito in specie di redistribuzione sul territorio regionale dei presidi e servizi questo possa essere efficacemente realizzato senza il pieno concorso delle USL e dei comuni.

Sarà solo con la «legge finanziaria» per il 1986 (art. 29 legge n. 41/1986) che verrà formalmente riconosciuto il ruolo della programmazione locale, anche se nel contesto particolare delle disposizioni che prevedono misure per garantire il pareggio dei bilanci delle USL; ciò che servirà a rafforzare l'orientamento delle regioni sulla necessità del coinvolgimento delle USL fugando così le perplessità insorte a seguito della legge 595.

Per l'attuazione dei Piani sanitari le regioni hanno individuato lo strumento di «programmi», variamente denominati programma di lavoro nella provincia di Bolzano, programma annuale e triennale nelle Marche, piano locale di attuazione nella Sardegna, piano attuativo nel Friuli-Venezia Giulia, programma zonale di attività e spesa in

Piemonte, programma di attuazione nel Veneto, programma pluriennale socio-sanitario in Toscana, programma comprensoriale in Umbria.

Le varie normative regionali indicano i criteri, modalità e tempi per la formulazione dei «programmi» e la relativa approvazione, che sono in parte differenti. Il panorama che ne risulta va dalla fattispecie della disposizione stringata ed essenziale (Bolzano, Marche, Sardegna) alla enunciazione dettagliata (Veneto, Umbria) con una gamma di fattispecie intermedie

In particolare, riguardo ai contenuti, alcune regioni non li specificano (Marche, Sardegna, Bolzano), mentre altre li indicano in misura più o meno ampia (Umbria, Veneto, Piemonte, Friuli-Venezia Giulia)

Circa le procedure, i tempi per la predisposizione dei «programmi» variano dai 45 gg. (Marche) ai 90 (Toscana e Piemonte), ai 150 (Friuli-Venezia Giulia), ai 180 (Umbria e Sardegna); P.a. Bolzano e Veneto prevedono date fisse annuali collegate al bilancio dell'USL.

Quanto ai tempi di approvazione dei «programmi» da parte regionale, si va dai 30 gg. (Umbria) ai 45 gg. (Marche, Sardegna, Piemonte), ai 60 gg. (Friuli-Venezia Giulia e Toscana).

Peraltro, al di là di queste naturali specificità regionali, un punto comune emerge con certezza: alle USL spetta la programmazione operativa e la gestione dei servizi sanitari, mentre alle regioni è riservato il potere di indirizzo e coordinamento. Si afferma così il ruolo rilevante del programma di USL al quale viene affidato il compito di definire tempi o modalità per l'attuazione del piano regionale, di individuare gli obiettivi locali e le azioni per l'organizzazione dei servizi, sviluppare in modo coordinato le azioni sanitarie e socio-assistenziali tenendo conto di problematiche di particolare rilevanza utilizzando le risorse in maniera coerente al piano.

Con tali strumenti non si è attribuita, certo, al territorio la possibilità di governare autonomamente le problematiche della sanità.

Tuttavia, demandando la specificazione di numerosi obiettivi alla determinazione delle USL, le regioni hanno ampliato il livello di autonomia gestionale del territorio ed arricchito il quadro degli strumenti della programmazione sanitaria individuando nei programmi zonalì (non esplicitamente previsti dalla 833/78) i fattori necessari a garantire il decentramento delle attività programmatiche.

In termini quanti-qualitativi i risultati non sembrano siano stati, specie all'inizio, esaltanti se si tiene conto che, con le dovute eccezioni, nella prima fase di attuazione in media un terzo del totale delle USL di ogni regione ha adottato un programma comprensoriale

Le carenze metodologiche, strutturali ed organizzative, però, sono state via via colmate dalle regioni con vari interventi correttivi, tanto che si può dire che, oggi, i programmi di USL costituiscono, nelle regioni che hanno il piano sanitario, la base essenziale per la politica programmatica rappresentando i programmi locali e le connesse relazioni sullo stato di attuazione i nuclei portanti per la definizione, la verifica e l'aggiornamento della programmazione generale del territorio.

Alla fine del 1987, il quadro dell'attuazione a livello locale dei piani regionali si presenta variegato (tav. 18.2) In alcune regioni (Veneto, Marche, Valle d'Aosta) i programmi/piani di attività risultano definiti da tutte le USL. In altre (Piemonte, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna) l'adozione dei documenti non è integrale. In altre ancora (P.a. Bolzano, Toscana, Umbria, Sardegna) il risultato non è positivo

A titolo semplificativo della complessità del processo di adozione dei documenti locali si riportano i dati di sintesi di due casi emblematici, quello della regione Marche e quello della regione Friuli-Venezia Giulia.

18.3.1. I programmi delle USL delle Marche

Il processo di formulazione dei programmi annuali e triennali da parte delle 24 USL della regione, avviato dopo l'approvazione del piano socio-sanitario regionale, è pervenuto alla fase conclusiva nel 1985.

Alla fine di tale anno la situazione era la seguente:

- risultavano presentati e visti con il prescritto parere di congruità della Giunta regionale n. 20 programmi;
- era in corso di approvazione da parte della Giunta regionale il programma della USL di Recanati,
- era in corso di completamento istruttorio il programma della USL di Ancona;
- il programma di Ascoli Piceno, regolarmente approvato dal Comitato di gestione e dall'Assemblea, era stato oggetto di rielezione da parte del Comitato di controllo;
- l'unico programma mancante era quello della USL di Cagli.

Nel corso del 1986 si è concluso, da parte di tutte le USL della regione, l'iter relativo alla presentazione dei programmi annuali e triennali previsti dall'art 6 della L.R. n. 37/1982; ciò ha consentito di raggiungere un quadro complessivo omogeneo dal punto di vista istituzionale e programmatico, che ha permesso, a sua volta, di procedere con elementi maggiormente significativi per la elaborazione del secondo Piano sanitario regionale.

18.3.2 I programmi delle USL del Friuli-Venezia Giulia

Al 30 settembre 1987, data entro la quale la Giunta regionale avrebbe dovuto concludere la Relazione sanitaria per presentarla al Consiglio regionale, la situazione, concernente i piani attuativi di USL definitivamente approvati e le relazioni sanitarie di USL, risultava essere la seguente.

USL	Piani attuativi approvati	Relazioni sanitarie di USL formulate
n. 1 «Triestina»	no	no
n. 2 «Goriziana»	no	si
n. 3 «Carnica»	si	si
n. 4 «Gemonese»	si	si
n. 5 «Cividalese»	si	no
n. 6 «Sandanielese»	si	si
n. 7 «Udinese»	no	si
n. 8 «Bassa Friulana»	si	si
n. 9 «Sanvitese»	si	si
n. 10 «Maniaghese e Spilimberghese»	no	no
n. 11 «Pordenonese»	si	no
n. 12 «del Livenza»	si	no
Totali	8	7

La comparazione tra le due situazioni porta a riscontrare un tendenziale parallelismo nei comportamenti attivi delle USL negli ambienti della programmazione-progettazione e rispettivamente in quello della programmazione-verifica.

Detto rapporto sinallagmatico si fa più stretto considerando le sole USL (n. 3 «Carnica», n. 4 «Gemonese», n. 6 «Sandanielese») che hanno usato con sistematicità la relazione come tradizionale contenitore di descrizione- valutazione dell'accaduto, ma anche come indicatore di verifica del raggiungimento degli obiettivi posti dalla programmazione.

Al 30 settembre dell'anno precedente (1986), questa era la situazione in ordine all'iter dei piani attuativi: avevano approvato il proprio piano undici USL, mentre per la dodicesima (USL n. 7 «Udinese») la Commissione regionale di controllo aveva nominato un commissario per l'adozione dell'atto; la Giunta regionale aveva esaminato e rinviato ad un nuovo esame 8 piani di USL (2, 3, 4, 5, 6, 8, 11 e 12); tre di queste avevano adottato nuovamente il piano e lo stesso era stato approvato in via definitiva dall'esecutivo regionale (3, 6 e 12).

Al 30 settembre 1987 è dato riscontrare la seguente evoluzione:

- la Giunta regionale ha esaminato e rinviato ad un nuovo esame altri 3 piani (USL 1, 9, 10);

- il Commissario ha adottato in via sostitutiva il piano dell' USL n. 7 «Udinese» trasmettendone il testo ai soggetti istituzionali e sociali cui compete esprimere il parere (consultazione);

- ulteriori 5 piani sono stati approvati definitivamente (USL 4, 5, 8, 9, 11);

- le altre USL hanno adottato il piano secondo istanza: la n. 10 «Maniaghese e Spilimberghese» nel suo complesso, mentre la n. 1 «Triestina» e la n. «Goriziana» solo parzialmente, in quanto manca la parte di competenza assembleare

L'applicazione del combinato disposto della legge statale 15 gennaio 1986, n. 4 e di quella regionale 16 luglio 1986, n. 29 ha determinato, tra l'altro, uno scorrimento di attribuzioni da Assemblea a Comitato di gestione, con un diverso assestamento delle competenze anche in materia di piani attuativi del Piano sanitario regionale.

In base alla precedente normativa al Comitato di gestione spettava la mera funzione propositiva (L.R. 14/80 art. 12, 1° comma, lett. a) mentre l'Assemblea era titolare dell'adozione del provvedimento concernente il piano zonale nella sua globalità.

Con l'attuale normativa, stante la tassatività dell'elencazione delle attribuzioni dell'Assemblea, a quest'ultima spetta l'adozione di due sole parti del piano: la pianta organica ed il piano pluriennale di spesa, mentre il resto del provvedimento spetta al Comitato di gestione che mantiene (estendendola) la sua gestione residuale

Tavola 18.1 - Stato di avanzamento del processo di programmazione regionale al 31.12.1987.

REGIONI	Primo piano sanitario regionale	Proroga 1° piano sanitario regionale	Secondo piano sanitario regionale
Piemonte	Approvato L.R. n. 7/1982 (Anni 1982-84)		Approvata L.R. n. 59/1985 (Anni 1985-87) (*)
Lombardia	Studio Assessorato		
P.A. Bolzano	Approvato L.P. n. 1/1984 (Anni 1983-1985)	L.R. n. 4/1986; n. 3/1987, n. 16/1987	Proposta Giunta
P.A. Trento	Proposta Giunta		
Veneto	Approvato L.R. n. 13/1984 (Anni 1984-1986)	Proroga automatica	Proposta Giunta regionale
Friuli-Venezia Giulia	Approvato L.R. n. 28/1985 (Anni 1985-1987)	Proroga automatica	Studio in corso
Liguria	Proposta Giunta regionale		
Emilia-Romagna	Approvato L.R. n. 6/1981 (Anni 1981-83)		
Toscana	Approvato L.R. n. 70/1984 (Anni 1984-86)	L.R. n. 16/1984	Studio Assessorato
Umbria	Approvato L.R. n. 11/1985 (Anni 1985-87)		Studio Assessorato
Marche	Approvato L.R. n. 37/1982 (Anni 1982-85)	Proroga automatica	Studio in corso
Lazio	Studio in corso		Studio Assessorato
Abruzzo	Studio Assessorato		
Molise	Proposta Giunta regionale		
Campania	Studio Assessorato		
Puglia	Proposta Giunta regionale		
Basilicata	Studio Assessorato		
Calabria	Studio Assessorato		
Sicilia	Studio Assessorato		
Sardegna	Approvata L.R. n. 10/1985 (Anni 1983-85)	Proroga automatica	

(*) In corso approvazione legge di proroga al 1988

Fonte: indagine Consiglio Sanitario Nazionale

Tavola 18.2 - Stato di avanzamento del processo di programmazione delle USL (*).

REGIONI	Adozione piano/programma di USL
Piemonte	si oltre metà delle USL
Valle d'Aosta	si (unica USL)
P A Bolzano	no
Veneto	si tutte le USL
Friuli-Venezia Giulia	si due terzi delle USL
Emilia-Romagna	si in parte
Toscana	no
Umbria	no
Marche	si tutte le USL
Sardegna	no

(*) Sono riportate le regioni dotate del Piano sanitario regionale

Fonte indagine Consiglio Sanitario Nazionale.

LA RICERCA BIOMEDICA E SANITARIA

Target OMS n. 32 - Strategie di ricerca.

Prima del 1990 tutti i Paesi dovranno formulare strategie di ricerca allo scopo di migliorare l'applicazione e la diffusione della conoscenza necessaria per sostenere lo sviluppo della «salute per tutti».

19.1. La situazione della ricerca biomedica in Italia

In Italia, la ricerca scientifica nel settore della biologia e della medicina si sviluppa in un sistema composto da tre reti principali: le Università, gli Enti pubblici di ricerca e gli Istituti dipendenti o riconosciuti dal Ministero della Sanità, la ricerca industriale. Tra il 1986 e il 1987 si è verificato un aumento dei finanziamenti destinati alla ricerca del 18% anche se l'incidenza degli investimenti per la ricerca sul PIL rimane dell'1,4%, molto al di sotto, quindi, alla media degli altri Paesi industrializzati, che varia tra il 2,3 e il 2,8%.

Nel 1987 le previsioni di spesa delle imprese e gli stanziamenti delle amministrazioni pubbliche per la ricerca scientifica assommano a 13.669 miliardi di lire, il 46,4% nei settori della Amministrazione pubblica e il 53,6% nei settori delle imprese (tav. 19.1)

Analizzando la ripartizione percentuale per obiettivi socio-economici del finanziamento statale per la ricerca e sviluppo nel 1987 risulta che la percentuale più elevata del finanziamento è stata destinata all'Università (31,9%). Alla Sanità, invece, nel 1987 è stato destinato solo il 5,7% del finanziamento complessivo per la ricerca scientifica. Una percentuale esigua se confrontata con quella degli Stati Uniti (12,9%), ma inferiore anche a quella di Francia e Gran Bretagna (tav. 19.2).

Se scarseggia l'investimento finanziario altrettanto non si può dire per quello umano. Il settore delle scienze biomediche nelle Università e negli Enti pubblici di ricerca conta, infatti, circa 18.000 ricercatori: un numero di gran lunga superiore a quello destinato agli altri singoli settori disciplinari.

Il più importante finanziatore della ricerca biomedica è, in Italia, il Ministero della Pubblica Istruzione, che eroga a questo capitolo di spesa circa il 30% del proprio bilancio, e contribuisce, in tal modo, ad oltre il 76% del totale dei finanziamenti del settore, alimentando la rete di ricerca universitaria, il cui ruolo è fondamentale anche per le evidenti ricadute in termini di formazione delle risorse umane.

La tavola 19.3 presenta l'andamento temporale dei finanziamenti, cosiddetti «del 40%», erogati dal Ministero della Pubblica Istruzione alle Università italiane per progetti nei settori delle scienze biologiche, mediche e veterinarie: nel 1987 sono stati stanziati in questi settori circa 30 miliardi.

Tra i provvedimenti del Governo più rilevanti a favore della ricerca scientifica si sottolinea la presentazione nel 1987 del disegno di legge sull' istituzione del Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica, che esprime la necessità che l'istituzione universitaria e la ricerca scientifica siano rese coerenti con le esigenze della società contemporanea

Sul fronte scientifico particolare rilievo assume il costante aumento di pubblicazioni e articoli, un dato da lungo tempo accettato e utilizzato dalla comunità scientifica internazionale come importante indicatore dell'attività di ricerca.

19.1.1. *Il Ministero della Sanità*

Lo sforzo che il Ministero della Sanità impegna nel settore della ricerca biomedica è senz'altro notevole e progressivamente sempre più imponente. Il bilancio di previsione per il 1987 prevedeva infatti una spesa superiore ai 95 miliardi nei capitoli della ricerca scientifica (comprese le sovvenzioni per ricerca, funzionamento e manutenzione dell'ISS e dell'ISPESL)

19.1.2. *Il Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR)*

Il 1987 è stato l'anno della conclusione per la maggior parte dei vecchi progetti finalizzati che, partiti nel 1982, coprivano i campi di interesse della medicina preventiva e riabilitativa, dell'oncologia, dell'ingegneria genetica, delle tecnologie biomediche e delle malattie da infezione. Non si dispone ancora dell'analisi dettagliata di tutti i risultati prodotti dalle unità operative di questi progetti, ma comunque si tratta di una mole imponente di nuove acquisizioni nelle conoscenze scientifiche e tecnologiche in tutti i campi della ricerca biologica e medica, come dimostrato anche dal gran numero di pubblicazioni su riviste scientifiche internazionali e dalla consistente resa in termini di «prodotti», quali manuali di laboratorio, guide tecniche, protocolli di studio, materiale d'informazione sanitaria, ecc. I nuovi progetti finalizzati, che avranno inizio nel 1988, presenteranno forse delle modificazioni, nell'organizzazione e nelle tematiche, rispetto ai precedenti. Allo stato attuale alcuni progetti hanno già superato la fase dello studio di fattibilità: Invecchiamento; Prevenzione e controllo dei fattori di malattia; Ingegneria genetica; Biotecnologia e biostrumentazione.

19.1.3. *L'Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del Lavoro (ISPESL)*

L'ISPESL, ancora ai suoi primi anni di attività, si trova tuttora in una fase transitoria per la definizione dei suoi assetti strutturali; non si è ancora proceduto al definitivo inquadramento del personale e all'assegnazione dei beni dei disciolti enti ANCC ed ENPI. Peraltro, l'Istituto ha conseguito nel 1986 buoni risultati nei vari campi d'interesse, come nel caso del lavoro che ha portato alla recente emanazione da parte del Ministero della Sanità della «Guida tecnica» sulle attività industriali a rischio di incidente rilevante. È stata pressoché completata l'attività, iniziata fin dal 1985, di ricerca e riordino dell'esistente in campo nazionale ed internazionale e si sono incrementati i rapporti con strutture simili di altri Paesi per i necessari scambi di informazioni e con le istituzioni scientifiche nazionali per l'individuazione di linee comuni di attività nelle quali collaborare. L'ISPESL partecipa a gruppi di lavoro, comitati e commissioni nazionali ed internazionali, e organizza corsi di formazione per operatori del Servizio sanitario nazionale. Per il 1987 l'Istituto ha ottenuto uno stanziamento di un miliardo di lire, ripartito come segue: 25% al Dipartimento di Igiene del Lavoro; 25% al Dipartimento di Medicina del Lavoro; 20% al Dipartimento Inseguimenti Produttivi e Impatto Ambientale; 30% al Dipartimento Tecnologie di Sicurezza.

Nel piano 1987-88 vengono evidenziate le attività svolte dal Servizio Documentazione e Informazione, dai Dipartimenti tecnici centrali con compiti di Ricerca, Igiene del lavoro, Impatto ambientale, Tecnologie di sicurezza e dal Dipartimento di Omologazione che coordina ed indirizza l'intera attività omologativa centrale e periferica dell'Istituto.

Nell'ambito dell'attività della Documentazione è prevista l'organizzazione e la partecipazione a seminari, convegni, congressi e la collaborazione sia interdipartimentale e sia fra i dipartimenti dell'Istituto ed organismi scientifici italiani e stranieri.

È prevista, inoltre, la elaborazione di una «Raccolta» coordinata delle disposizioni di legge e regolamenti italiani e stranieri in materia di impatto ambientale.

19.1.4. *L'Istituto Superiore di Sanità (ISS)*

Al momento della stesura del presente capitolo non era ancora disponibile la relazione sull'attività del 1987; si riportano pertanto i risultati del 1986.

Nel 1986 l'attività dell'Istituto è stata caratterizzata da un ampliamento dei compiti istituzionali, dalle richieste di interventi connessi con eventi imprevisi e dalla necessità di mantenere un livello professionalmente qualificato. L'episodio di Chernobyl, come altri che hanno riguardato interventi di emergenza nel settore ambientale (erbicidi nelle acque potabili) od alimentare (metanolo nel vino), hanno messo in evidenza la necessità di dotare le strutture periferiche di adeguate competenze professionali e capacità operative, non al fine di delegare attività routinarie che appesantiscono il lavoro dell'ISS, ma soprattutto perché qualsiasi forma di sorveglianza a tutela dell'ambiente di vita richiede l'esistenza di una efficiente organizzazione sanitaria periferica, capace di monitorare la presenza e la diffusione degli inquinanti. Le prospettive di sviluppo delle attività di ricerca dell'ISS sono strettamente connesse al problema del coordinamento della ricerca sanitaria finalizzata, quella ricerca cioè immediatamente orientata all'attuazione degli obiettivi del Servizio sanitario nazionale (S.S.N.). L'Istituto ha costruito una griglia di riferimento per le componenti periferiche del S.S.N. costituita dai propri progetti di ricerca, che sono: malattie infettive; patologia non infettiva; ambiente; farmaci; alimenti e salute; valutazione e pianificazione dei servizi sanitari. I progetti hanno integrato competenze scientifiche spesso molto diverse accentuando il carattere multidisciplinare e le collaborazioni con altre strutture di ricerca. L'Istituto ha infatti numerose convenzioni di lavoro con diversi enti nazionali e internazionali, tra cui l'OMS (N = 5), la CEE (N = 9) e il CNR (N = 67). Il fervore delle attività di ricerca dell'ISS per il 1986 è dimostrato, fra l'altro, dal numero delle pubblicazioni: 573 articoli pubblicati su riviste nazionali e internazionali, 710 comunicazioni a congressi, 87 rapporti tecnici

Nello stesso anno, si sono tenuti presso l'ISS oltre 200 tra congressi, corsi, seminari, conferenze e riunioni di commissioni e gruppi di studio. Ancora nel 1986 l'Istituto ha ospitato 406 laureati e tecnici di laboratorio, italiani e stranieri, 30 dei quali con borse di studio, 157 con incarichi di ricerca e collaborazione tecnica e 143 con prestazioni varie di servizio.

La tavola 19.4 riporta il consuntivo di spese per il triennio 1984-86.

19.1.5. *Gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS)*

La peculiarità di questi istituti, che possono essere di diritto pubblico e di diritto privato, è quella di svolgere, insieme a prestazioni sanitarie di tipo assistenziale, specifiche attività di programmi riguardanti due tipi di ricerca, quella «corrente» e quella «finalizzata».

La ricerca corrente è strettamente legata ai fini istituzionali dell'Istituto; si tratta di temi svolti su base permanente, e con i quali l'ente si identifica, collegati a problematiche di largo interesse scientifico, assistenziale e didattico, di livello nazionale ed internazionale. La ricerca finalizzata è invece programmata in ambiti temporali più ristretti, è diretta verso obiettivi identificati nel contesto del Piano sanitario nazionale o di quelli regionali, e si caratterizza per la sua elevata fattibilità. Attualmente il Ministero della Sanità riconosce 13 istituti di diritto pubblico e 8 di diritto privato. I diversi istituti possono essere raggruppati in alcuni particolari settori di interesse: neurologia, pediatria, infettivologia, biotecnologie, ortopedia, tumori, trapiantologia, malattie disendocrino-dismetaboliche.

Tra il 1986 e il 1987 sono stati approvati e finanziati per 11 miliardi, con somme già accantonate sul Fondo sanitario nazionale 1986 (parte corrente), i programmi di ricerca biomedica finalizzata degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico pubblici e privati (tav. 19.5).

Per quanto riguarda, invece, il finanziamento della ricerca corrente nel 1987 sono stati erogati 105 miliardi, di cui 93 a favore degli istituti di diritto pubblico e 12 a favore degli istituti di diritto privato (tavv. 19.6 e 19.7).

19.16 *L'Istituto Nazionale della Nutrizione (INN)*

L'INN è un ente di diritto pubblico, sotto la vigilanza del Ministero dell'Agricoltura e delle Foreste (MAF), appartenente al gruppo degli Enti Pubblici Scientifici di Ricerca e Sperimentazione riconosciuti dalla legge. Tra i suoi compiti vi sono lo svolgimento di ricerche biologiche sulla composizione e sul valore nutritivo degli alimenti; sperimentazioni di nutrizione umana; attività di consulenza nel campo dell'alimentazione su richiesta del MAF o di altre Amministrazioni.

L'Istituto è articolato in 7 unità di ricerca competenti nei principali settori interessanti le scienze dell'alimentazione umana, le quali agiscono come laboratori e centri di promozione della ricerca, seguendo e sviluppando linee ed indirizzi di studio stabiliti nel quadro della programmazione annuale o poliennale delle attività scientifiche dell'Istituto. Nel periodo 1981-84 sono stati pubblicati, da parte di ricercatori dell'Istituto, oltre 125 lavori scientifici in riviste specializzate nazionali ed internazionali.

Tavola 19.1 - Previsioni di spesa per ricerca e sviluppo in Italia nel 1987
(in miliardi di lire correnti).

SETTORI DI RICERCA	1987	%
<i>Amministrazione pubblica</i>		
Università	2 246	16,4
Organismi di ricerca (CNR e ENEA)	2 126	15,6
Amministrazione dello Stato	1.507	11,0
Altri enti pubblici (legge 20.3.1975)	458	3,4
Totale	6.337	46,4
<i>Imprese</i>		
Imprese private	4 557	33,3
Imprese a partecipazione statale	2 581	18,9
ENEL	194	1,4
Totale	7 332	53,6
Totale generale . . .	13.669	100,0

Fonte: Documentazione proveniente dalle singole Amministrazioni pubbliche e dall'ISTAT

Tavola 19.2 - Ripartizione percentuale per obiettivi socio-economici del finanziamento statale alla ricerca e sviluppo nel 1987.

OBIETTIVI SOCIO-ECONOMICI	RFT	Francia	Regno Unito	Italia	USA
Sviluppo industriale	15,3	10,6	8,7	19,1	0,2
Agricoltura	2,0	3,6	4,2	3,5	1,9
Energia	8,7	6,7	3,5	11,1	3,6
Infrastrutture	1,9	3,2	1,5	0,8	1,8
Spazio	4,9	5,9	2,7	9,3	6,0
Protezione ambiente	3,3	0,4	1,0	0,9	0,5
Sanità	5,5	6,3	5,8	5,7	12,9
Avanzamento conoscenze	12,3	14,7	4,6	6,6	3,6
Università (*)	31,5	12,0	15,6	31,9	-
Difesa	12,5	34,1	50,3	7,8	68,6
Totale . . .	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

(*) Il Governo Federale degli Stati Uniti non prevede un obiettivo di carattere generale destinato alla ReS nelle Università

Fonte: *Sti/Indicators Newsletter* n. 11, OCSE, 1988

Tavola 19.3 - Trend dei finanziamenti dei progetti 40% - Anni 1982-1987
(in milioni di lire, tra parentesi la percentuale sul totale del capitolo)

	Biologia	Medicina
1982	9 062 (11,3)	12.838 (16,1)
1983	9 197 (10,8)	11 477 (13,6)
1984	13 200 (12,3)	18 888 (17,6)
1985-86	14.415 (10,8)	14.229 (10,6)
1987	13 277 (11,4)	16 096 (13,9)

Fonte Ministero della Pubblica Istruzione.

Tavola 19.4 - Istituto Superiore di Sanità - Consuntivo di spesa (in milioni di lire).

	1984	1985	1986
<i>Gestione di competenza</i>			
Acquisto beni e servizi	13 000	13.932	16.657
Spese per il personale	28 905	35.474	38 306
Spese in conto capitale	2.500	4.500	6.000
<i>Finanziamento da altri enti</i>			
CNR	2.022	1 566	1 802
Ministero Affari Esteri	—	—	—
Altri enti pubblici e locali	276	150	1 283
Finanziamenti dall'estero	924	638	630

Fonte ISS – Attività dell'Istituto Superiore di Sanità per il 1986-87.

Tavola 19.5 - Finanziamento della ricerca finalizzata degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici e privati - Anno 1986 (in milioni di lire).

Settore oncologico		2.183
- Tumori Milano	400	
- Tumori Genova.	400	
- Regine Elena	400	
- Fondazione Pascale	400	
- Oncologico di Bari	139	
- De Bellis	300	
- S Gallicano	144	
Settore trapiantologia e infettivologia		3.100
- Ospedale Maggiore	2.100	
- Policlinico S Matteo	1.000	
Settore neurologico		580
- Besta	580	
Settore ortopedico		500
- Rizzoli	500	
Settore pediatrico		2.817
- Auxolog Piacavallo	660	
- Istituto Medea	650	
- Stella Maris	360	
- Bambino Gesù	638	
- Burlo Garofolo	111	
- Gaslini Genova	398	
Settore degenerativo e dismetabolico		1.820
- Clinica del Lavoro	400	
- Ospedale S Raffaele	720	
- INRCA	700	
Totale		11.000

Fonte: C.S.N., parere n. 25/86

Tavola 19.6 - Finanziamento ricerca corrente IRCCS di diritto pubblico - Anno 1987.

ISTITUTI	75% a voci di spesa	25% produttività	Totale
Ist Naz per lo studio e la cura dei tumori – Milano	8 163 725 737	2 164 807.500	10 328 533 237
Ist. Naz per lo studio sul cancro – Genova	9 614 624 042	1 598 437 500	11 213 061 542
Ist Fisioterapici Ospitalieri – Roma	5.235.470 688	1 647 262 500	6 882 733.188
Fondazione Senatore G Pascale – Napoli	6 542 409 288	1.631 452 500	8 173 861.788
Ospedale Oncologico – Bari	456 336.088	1 649 587 500	2.105 923 588
Ist per l'Infanzia Burlo Garofolo – Trieste	916.749 688	1.934 167 500	2 850.917.188
Ist Giannina Gaslini – Genova	4 925 495 688	1 778.592.500	6 703 888 188
Ist Neurol. C Besta – Milano	2 840.897 120	1 690.740 000	4.531.637 120
Ist Ort Rizzoli – Bologna	10 065 555.569	1.825 125 000	11 890 680.569
Ospedale Maggiore – Milano	6 847 829 894	2.024.145.000	8 871 974 894
Policlinico S. Matteo – Pavia	7 875 856 054	1 917 660.000	9.793.516.054
Ist Naz. Riposo e Cura Anziani – Ancona	4 964 555.784	1.709 572 500	6 674 128 284
Ist. Gastroenterol S De Bellis – Castellana Grotte (BA)	1.300.494 360	1 678 650 000	2 979.144.360

Fonte. C.S.N., parere n 71/87

Tavola 19.7 - Ripartizione stanziamento per attività di ricerca corrente agli IRCCS di diritto privato - Anno 1987

ISTITUTI	Finanziamento (in milioni) 12 000	Tematica di ricerca
Osp San Raffaele Milano	3.069	La malattia diabetica: complicanze e sostituzione della funzione endocrino-pancreatica Studi mediante utilizzo della risonanza magnetica 1.5 Tesla
Fondaz Clinica del Lavoro - Pavia	1.704	Settore preventivo-riabilitativo: monitoraggio delle capacità residue di soggetti portatori di menomazioni ai fini del recupero sociale ed occupazionale Settore della medicina ed igiene: monitoraggio dell'inquinamento dell'ambiente dell'uomo ai fini della prevenzione e cura delle tecnopatie
Fondaz Stella Maris Calambrone (PI)	885	Fisiopatologia dello sviluppo del linguaggio in età evolutiva. messa a punto di tecnica di valutazione clinica e di analisi automatica dei disturbi del linguaggio in età evolutiva e sperimentazioni di tecniche riabilitative Prevenzione del danno neuro-psichico precoce. sviluppo e sperimentazione di tecnologie di valutazione automatica computerizzata dell'attività bioelettrica cerebrale e dell'attività motoria del neonato e del lattante Tecniche psicoterapiche nell'infanzia e nell'adolescenza: sperimentazione di protocolli di intervento psicoterapico, individuale, di gruppo e familiare nelle disarmonie evolutive precoci e nella psicopatologia dell'adolescenza
Fondaz Mondino Pavia	1.045	Studi di neurofisiopatologia clinica attraverso l'uso di tecniche elettromiografiche, elettroencefalografiche e del potenziale evocato. Studi di neurologia clinica valutativa o funzionale per l'ottimizzazione dell'assistenza Studi e valutazione di modelli sperimentali. Studi di neurologia del comportamento per evidenziare eventuali correlazioni tra disordini comportamentali ed alterazioni di parametri biologici quantificabili
Centro Auxologico Piancavallo - Milano	1.111	Studi epidemiologici e funzionali sui fattori di rischio e sulle alterazioni dell'età evolutiva con conseguenze patologiche in età adulta.
Istituto Sanatrix Venafro (IS)	832	Studi di patologia degenerativa cerebrale.

Segue: Tavola 197 - Ripartizione stanziamento per attività di ricerca corrente agli IRCCS di diritto privato - Anno 1987.

ISTITUTI	Finanziamento (in milioni) 12 000	Tematica di ricerca
Osp Bambino Gesù Roma	2 159	Problemi chirurgici dell'età pediatrica con particolare riguardo alle malformazioni ed ai trapianti di cuore, fegato e rene Problemi di pediatria medica nell'ambito delle anomalie (malformazioni e malfunzioni). Problemi infettivologici in età pediatrica, con particolare riguardo all'epatite B, all'AIDS ed alla difesa dalle infezioni nosocomiali.
Centro Eugenio Medea Bosisio Parini (CO)	1 195	Evoluzione clinica degli stati deficitari con particolare riguardo alle condizioni di gravità/complessità Ricerca in tema di classificazione sindromica delle epilessie su base lesionale in età evolutiva con particolare riguardo agli aspetti funzionali neuropsicologici in soggetti con disturbi neuropsichici concomitanti Determinazione di standards di valutazione in campo neurofisiologico rispetto alle diverse tipologie minorative con particolare riguardo a nuove tecnologie elettrofisiologiche Puntualizzazione del criterio di diagnosi funzionale nella prospettiva dei piani di intervento riabilitativo

Fonte: CSN, parere n. 71/87