

PRESENTAZIONE

Signor Presidente, Onorevoli Colleghi,

La Relazione sullo Stato sanitario del Paese 1996 risponde a un impegno previsto dai decreti legislativi 502/92 e 517/93 e, nelle intenzioni del legislatore, si offre come strumento di monitoraggio e verifica dei risultati conseguiti nella politica sanitaria del paese. Un documento, quindi, assai diverso dall'ultima Relazione, puramente illustrativa, presentata nel 1991 secondo il dettato della legge n. 833/78 che istituiva il Servizio Sanitario Nazionale.

Lo scarto temporale e soprattutto legislativo ha imposto a questo lavoro modalità e tempi per certi versi eccezionali. Al momento, infatti, non si sono ancora completamente verificate tutte le condizioni per una Relazione che risponda puntualmente alle caratteristiche previste dai decreti di riordino del SSN. La Relazione, che riguarda gli anni 1992-1996, ha pertanto un carattere dichiaratamente di transizione e segna il passaggio tra un «prima», non del tutto alle nostre spalle, e un «poi» in gran parte da costruire.

Questo documento, d'altra parte, vede la luce in una fase impegnativa della vita politica e sociale del Paese, mentre è in corso un ampio e approfondito dibattito sulla riforma della Stato sociale. Non a caso, questo tema, cruciale per tutti i paesi industrialmente più avanzati, costituisce uno dei cardini dell'agenda di lavoro del Governo. Quale ruolo può giocare il Servizio Sanitario Nazionale e come si presenta a questo appuntamento?

Nella prospettiva di riforma dello Stato sociale, la Sanità può fare da apripista. Anzi, in un certo senso, sta già sperimentando la riforma possibile.

Basta considerare le profonde trasformazioni, alcune tuttora in corso, che hanno investito il Servizio Sanitario Nazionale, sia sul piano istituzionale che su quello organizzativo.

Ben prima che in altri comparti della Pubblica amministrazione, il decentramento politico-amministrativo ha impresso un'impronta federalista al governo della sanità, mentre il nuovo profilo «aziendale» assunto dalle Usl ha delineato un modello gestionale che garantisca l'equilibrio tra risorse e bisogni dei cittadini. Anche il rapporto pubblico-privato, giocato sulla pari dignità e la competizione nella qualità delle prestazioni in un quadro programmatico, definisce un nuovo modello di relazioni tra Stato e Mercato.

Tutto ciò è in moto da poco più di tre anni, con esiti a volte contraddittori e non sempre del tutto coerenti con le finalità e gli obiettivi della riforma sanitaria. Ma i segnali positivi non mancano, sia sul versante del «sistema salute» che sul quello organizzativo e finanziario.

La complessa radiografia della sanità italiana, documentata in questa Relazione, consente perciò un bilancio, seppure parziale, di questa impegnativa transizione.

L'analisi degli indicatori sanitari mostra un quadro sostanzialmente in linea con gli altri Paesi dell'Unione Europea. I dati sulla mortalità e sulla morbosità ci pongono, in alcuni casi, anche al di sopra degli *standards* europei. La speranza di vita alla nascita in Italia è ormai superiore al valore medio che si registra in Europa. La mortalità per tutte le cause e la mortalità per malattie del sistema circolatorio hanno raggiunto valori inferiori a quelli che si registrano nei paesi della Unione Europea, nella Europa centrale ed orientale, nei Paesi nordici e nei nuovi Stati indipendenti.

La tutela della salute appare dunque sufficientemente ampia, grazie ad una articolata rete di tipologie di risposta. Ma restano ancora differenze profonde e inaccettabili fra le varie regioni ed aree del Paese.

Occorre pertanto proseguire nello sforzo avviato. Non solo per migliorare e rendere omogenea su tutto il territorio l'organizzazione e l'offerta dei servizi ma anche per ottimizzare le risorse finanziarie a disposizione in relazione ad una più attenta valutazione dei reali obiettivi di salute.

La legge finanziaria 1997 si è mossa lungo questa direzione. Sono stati previsti interventi strutturali, di razionalizzazione della spesa con effetti non contingenti e occasionali, si è avviato un processo di qualificazione delle risorse disponibili capace di riassorbire progressivamente i residui fattori di dispersione del sistema. Non è in gioco solo il livello della spesa sanitaria - oggi non comprimibile e che anzi andrà adeguato - ma soprattutto la sua produttività.

Questi risultati potranno essere raggiunti concretamente quando sarà definito il processo di «aziendalizzazione» delle U.s.l. che non può certo considerarsi esaurito con la nomina dei direttori generali ma richiede ben più ampi processi di riorganizzazione che coinvolgano tutti gli operatori. Si tratta, insomma, di ripensare il «modo di programmare» l'offerta sanitaria sapendo che occorre, contestualmente, educare la domanda. Un nuovo approccio, innanzitutto culturale, che faccia leva anche sulla appropriatezza delle prestazioni piuttosto che sulla loro quantità.

Non a caso, il nuovo Piano Sanitario Nazionale dovrà individuare con più chiarezza i livelli uniformi, essenziali e appropriati di assistenza da garantire su tutto il territorio nazionale e dedicare particolare attenzione alle strategie di integrazione tra intervento sociale e intervento sanitario, prevedendo per ogni livello di governo del sistema adeguati strumenti di valutazione e di misurazione della qualità.

A partire da questa Relazione, intendiamo predisporre annualmente un documento di sintesi su alcuni aspetti di particolare rilevanza del SSN, mentre appare più opportuno offrire il quadro completo e puntuale della situazione sanitaria italiana al termine del periodo triennale di validità del Piano Sanitario Nazionale. È, infatti, preciso intendimento di questa Amministrazione documentare in modo efficace e costante l'evoluzione del «sistema salute» del Paese.

On. ROSY BINDI
Ministro della Sanità

Introduzione

PAGINA BIANCA

Il Decreto legislativo 502/92 modifica sostanzialmente rispetto alla 833/78 i contenuti della Relazione connotandola anche quale strumento di verifica della attuazione delle linee programmatiche sanitarie del Governo.

Tale documento, inoltre, costituisce un primo esempio delle prossime Relazioni, che dovranno rappresentare, in modo più completo:

le modalità di utilizzazione delle risorse, individuando i livelli di produzione dei servizi e il relativo costo, e tenendo conto delle specificità delle diverse strutture organizzative regionali;

la quantificazione in modo parametrabile tramite idonei indicatori del grado di raggiungimento degli obiettivi prefissati e la valutazione dell'efficienza nella gestione delle risorse;

la individuazione degli scostamenti dagli obiettivi del P.S.N. per l'adozione di idonei correttivi;

analisi e valutazioni queste, che, al momento, non risultano possibili in considerazione della fase di avvio del processo di riordino e della recente introduzione degli strumenti indispensabili (ad es. indicatori ex art.10 e 14 del Decreto legislativo 502/92, contabilità analitica, analisi delle schede di dimissione ospedaliera, analisi dei D.R.G. ospedalieri).

Questa relazione si basa sui dati ufficiali più recenti, disponibili al 31 dicembre 1996. La sua impostazione si connota, quindi, per il tentativo di:

definire gli scopi e gli obiettivi del Servizio Sanitario delineato dal processo di riordino;

rappresentare lo stato di salute generale della popolazione quale «prodotto» del S.S.N.;

valutare la condizione organizzativa esistente;

identificare le attività sviluppate e le risorse impegnate.

Le caratteristiche generali del Documento sono le seguenti:

semplicità – rappresentata da una attenta selezione delle fonti: per i commenti e le analisi sono stati estrapolati i dati più significativi delle fonti ufficiali (Ministero della Sanità-S.I.S., ISTAT, Istituto Superiore di Sanità, I.S.P.E.S.L., INAIL, ecc.). I dati di dettaglio non sono direttamente commentati nel documento ma sono inclusi in una appendice (allegato statistico) che fa parte integrante della Relazione;

analisi dei trend – considerato l'ampio arco temporale è stato privilegiata l'attenzione ai trend, considerando i fenomeni in un periodo di tempo più lungo di quello strettamente definito dal titolo;

ottica regionale – tutti i dati, per quanto possibile, sono riportati alle regioni di competenza, nel tentativo di far emergere comportamenti tipici da commentare ed utilizzare per futuri approfondimenti.

La Relazione è così strutturata:

I provvedimenti di riordino del S.S.N.

In modo sintetico, vengono esposti i principi informatori del processo di riordino del S.S.N. facendo cenno:

- a) al nuovo profilo istituzionale e organizzativo gestionale;
- b) al nuovo sistema di finanziamento del S.S.N.;
- c) alla qualità delle prestazioni del S.S.N.

Le condizioni sanitarie della popolazione

Sono stati esaminati i principali indicatori statistici ed epidemiologici inerenti la demografia della popolazione residente e straniera: natalità e mortalità, cause di morte, eventi «evitabili» (malattie infettive, mortalità «evitabile», incidenti stradali, incidenti domestici, infortuni sul lavoro).

Con i paragrafi dedicati alla frequenza delle malattie croniche e alla frequenza delle patologie del Sistema Nervoso Centrale, si forniscono ulteriori indicazioni per una corretta valutazione del fabbisogno sanitario e la conseguente programmazione.

L'analisi dell'offerta

Fatto cenno agli indicatori previsti dal D.M. 24 luglio 1995, sono esaminati in dettaglio alcuni elementi che configurano l'offerta dei servizi nelle varie realtà geografiche del Paese, con riferimento ai livelli uniformi di Assistenza sanitaria e alla mobilità ospedaliera fra regioni.

L'analisi della spesa

La spesa sanitaria pubblica complessiva è stata rielaborata, ricostruendo i dati relativi alla spesa per tre livelli di assistenza:

- assistenza ospedaliera;
- assistenza sanitaria di base;
- servizi di supporto all'organizzazione assistenziale.

1. Il riordino del Servizio Sanitario Nazionale

PAGINA BIANCA

1.1 PREMESSA

I decreti di riforma del S.S.N., elaborati negli anni 92-93, definiscono una chiara strategia di intervento, mirata ad un recupero di efficienza nell'erogazione dei servizi sanitari, nella consapevolezza che, in una situazione di cronica scarsità di risorse, tale strategia è indispensabile per consentire la tutela dello stato di salute della popolazione, obiettivo primario ed irrinunciabile sancito dalla legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale.

Ma un recupero di efficienza in presenza di continue e crescenti difficoltà finanziarie è tutt'altro che facile. Per questo, i decreti di riforma introducono profonde modifiche ordinamentali volte soprattutto ad incidere sul modello organizzativo, il cui denominatore comune è dato dal richiamo a principi gestionali aziendali.

Introdotte queste modifiche nell'ordinamento, si tratta di vedere ora come esse vengono messe in pratica, e come si tradurranno in una gestione diversa rispetto al passato, non tanto nella forma esteriore, quanto nella sostanza.

I decreti di riforma, nel tentativo di recuperare la complessa macchina sanitaria a comportamenti gestionali più aderenti alla realtà del Paese che si sta delineando in conformità delle modifiche introdotte nell'assetto organizzativo della Pubblica Amministrazione, agiscono su più livelli:

istituzionale – con una diversa articolazione di responsabilità fra centro e periferia, sulla base di un modello incardinato sulle regioni;

organizzativo – introducendo concetti «aziendali», schemi contabili e figure professionali tipici della gestione d'impresa;

finanziario – con meccanismi di allocazione e di utilizzazione delle risorse capaci di stimolare la competitività, e quindi l'efficienza, delle strutture così «aziendalizzate»;

gestionale – con l'adozione di un articolato sistema di verifica dei risultati e di misura della soddisfazione degli utenti, cui viene riconosciuto un ruolo di partecipazione e di responsabilità nei confronti del sistema stesso.

L'importanza di questi cambiamenti – così come sono stati definiti dal legislatore – giustificano una attenta osservazione sul come e sul quanto essi vengano recepiti nelle varie realtà istituzionali.

Dalla loro traduzione pratica infatti si deciderà il futuro dell'assistenza sanitaria e in specie la verifica della regionalizzazione e della aziendalizzazione di un primo grande settore della Pubblica Amministrazione italiana.

Nei paragrafi seguenti, la Relazione cercherà di dar conto di come il cambiamento introdotto dai decreti di riforma si stia svi-

luppando nelle varie realtà del Paese, considerando i suoi principali aspetti:

- rapporti Stato-Regioni;
- nuovo sistema di finanziamento;
- sistemi di controllo della qualità e tutela dei diritti del cittadino.

1.2 PLURALISMO DI RESPONSABILITÀ E DI MODELLI ORGANIZZATIVI

Rapporti Stato-regioni

In aderenza al principio dell'art. 117 della Costituzione, che attribuisce alle Regioni la competenza legislativa e amministrativa in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera, l'impianto della nuova normativa è orientato in chiave fortemente regionalistica, sia sul piano istituzionale che su quello economico-finanziario. In tal senso la normativa è chiara, evidenziando la divisione delle competenze fra il livello nazionale e quello regionale.

Al livello centrale è data una competenza programmatica che, compatibilmente con le risorse a disposizione, definisce i livelli minimi di assistenza da garantire uniformemente alla popolazione, individua gli obiettivi da conseguire, non tralasciando il confronto con quelli posti dagli organismi internazionali, e infine dispone la verifica della congruità dei risultati agli obiettivi in un quadro non invadente delle competenze regionali.

Alle singole regioni compete invece la definizione dell'assetto organizzativo e gestionale del Servizio ed ogni altra azione finalizzata al suo governo, inclusa la potestà di riconoscere livelli di assistenza aggiuntivi rispetto a quelli previsti su scala nazionale, con le correlate possibilità di imporre ulteriori prelievi ai cittadini residenti.

Risulta così chiaro l'orientamento del legislatore: attribuire alle Regioni la responsabilità non solo degli aspetti organizzativi, ma anche della spesa. Ciò è confermato dal fatto che ogni spesa eccedente le risorse attribuite in relazione alle quote capitarie di finanziamento deve far carico esclusivamente alla Regione, salvo che non discenda da scelte esclusive e determinanti dello Stato.

L'ordinamento e l'aziendalizzazione degli enti di gestione

Un altro fondamentale aspetto della riforma è rappresentato, oltre che da una più netta ripartizione delle competenze fra il livello centrale e quello regionale, dalla costituzione delle U.S.L. e degli Ospedali di maggior rilievo in aziende speciali con personalità giuridica pubblica, autonomia organizzativa e amministrativo-patrimoniale (autonomia comunque vincolata all'obbligo del pareggio di bilancio).