

venti di prevenzione primaria di tutte le malformazioni congenite, ed eventuali interventi di diagnosi precoce.

Lo stato di attuazione del Progetto Obiettivo «Tutela della salute degli anziani»

La verifica dello stato di attuazione delle indicazioni fornite dal Piano Sanitario Nazionale 1994-96 e dal Progetto Obiettivo «Tutela della salute degli anziani» 1991-95 (Risoluzione parlamentare del 30 gennaio 1992) viene condotta con riguardo ai diversi aspetti dell'assistenza agli anziani prendendo in considerazione sia la programmazione elaborata a livello regionale sia l'attuazione locale e l'erogazione dei livelli di assistenza in ambito aziendale, territoriale e ospedaliero.

L'indagine conoscitiva, condotta nel biennio 95/96 e che proseguirà nel 97 presso gli Assessorati alla Sanità delle Regioni, verte su:

- il recepimento della normativa nazionale;
- la programmazione sanitaria in relazione agli anziani, la pianificazione degli interventi in rapporto ai bisogni della popolazione anziana ed alle risorse disponibili;
- la previsione e l'attuazione di programmi di formazione e aggiornamento;
- la riorganizzazione e la razionalizzazione delle strutture sanitarie;
- l'individuazione di metodologie per la valutazione e la verifica della qualità delle prestazioni sanitarie.

A livello delle Aziende Sanitarie e dei Distretti, si è dato rilievo alla verifica:

- dell'istituzione di un sistema di rilevazione delle risorse e della stima dei bisogni della popolazione anziana;
- dell'attuazione di programmi di formazione per gli operatori;
- dell'attivazione della Unità di Valutazione Geriatrica;
- dell'attivazione della Assistenza Domiciliare Integrata e dell'ospedalizzazione domiciliare;
- dell'integrazione con la medicina di base;
- dell'individuazione di un sistema di controllo della qualità dei servizi;
- della riorganizzazione dei reparti adibiti a patologie di pertinenza geriatrica;
- delle modalità di attivazione e di attuazione del day hospital.

Il monitoraggio complessivo effettuato nel biennio 1995/96 ha evidenziato che gli interventi predisposti dalle regioni e dalle aziende USL in recepimento del Progetto Obiettivo «Tutela della Salute degli Anziani» non sono omogenei. Infatti in tale ambito la programmazione di interventi a favore della popolazione anziana non deve limitarsi alla previsione dei soli aspetti di assistenza sanitaria, ma anche di quelli socio-assistenziali, che possono scaturire soltanto da un con-

solidato rapporto di collaborazione tra i diversi enti erogatori: Sanità e Enti Locali.

Pertanto, le regioni che hanno perseguito nel corso degli anni una politica di integrazione tra il sociale e sanitario hanno percorso con i loro interventi le indicazioni del Piano Sanitario Nazionale e del Progetto Obiettivo. La Liguria, il Friuli Venezia Giulia, Veneto, l'Emilia Romagna, la Toscana e l'Umbria si trovano nella condizione di dover potenziare alcuni servizi adeguandoli al nuovo fabbisogno.

Al contrario, quelle regioni per le quali il PSN ha rappresentato un elemento innovativo di indirizzi, si trovano in una fase in cui la rete integrata di servizi deve ancora realizzarsi completamente. Infatti, i pochi interventi realizzati si trovano ancora in una fase di sperimentazione e, pertanto, non si configurano strumenti atti a garantire uniformi livelli di assistenza.

Nella maggior parte di queste regioni, le indicazioni contenute nel progetto-obiettivo sono ancora da implementare ed in alcune ancora da recepire.

Lo stato di attuazione del Progetto Obiettivo «Tutela della Salute Mentale 94/96»

Il Progetto-Obiettivo Tutela della Salute Mentale 94/96 definisce nel dettaglio una strategia operativa finalizzata al miglioramento della qualità degli interventi, nonché promuove l'elaborazione di progetti specifici per il superamento degli ex Ospedali Psichiatrici nei tempi indicati dalla L. n. 724/94 art.3, comma 5.

L'assetto normativo – programmatatorio regionale per il settore

Il programma di monitoraggio, avviato dal Dipartimento della Programmazione è stato orientato a verificare lo stato di attuazione delle linee di cambiamento delineate per il settore psichiatrico dal succitato P.O. 94/9 vertendo su:

analisi dell'assetto normativo-programmatatorio regionale per il settore);

monitoraggio dell'istituzione ed organizzazione dei Servizi Psichiatrici Territoriali;

monitoraggio degli interventi predisposti a livello regionale ed aziendale per l'attuazione del processo di superamento degli ex Ospedali Psichiatrici nei tempi indicati dalla L. n. 724/94 art. 3, comma 5.

Tutte le normative regionali successive alla Legge n. 180/78 ed antecedenti al DPR 7.4.1994 (Progetto Obiettivo Nazionale «Tutela della Salute Mentale» 1994/1996), nel recepire i principi della normativa nazionale, hanno formalmente previsto l'istituzione del Dipartimento di Salute Mentale (DSM), anche se con diverse denominazioni e tipologie organizzative.

La definizione, a livello nazionale, di un modello unico di organizzazione dei Servizi di Salute Mentale prodottasi con l'emanazione del PON 1994/1996 ha segnato una svolta nel settore anche se, ad oggi, complessivamente, il quadro della normativa regionale appare estremamente disomogeneo ed ogni regione tende ancora a differenziarsi dalle altre per organizzazione e denominazione di strutture:

alcune regioni hanno emanato propri Piani Sanitari con relativi Progetti Obiettivo (Veneto, Toscana, Abruzzo, Calabria);

Lombardia e Marche hanno elaborato un Progetto Obiettivo a stralcio del PSR;

Piemonte, Valle d'Aosta, Molise, Basilicata hanno elaborato un nuovo PSR, attualmente in corso di approvazione;

Umbria, Sicilia e la Provincia Autonoma di Trento hanno in elaborazione un nuovo PSR;

la Prov. Autonoma di Bolzano e la regione Sardegna hanno elaborato un PO, attualmente in corso di approvazione;

Liguria, Emilia Romagna, Lazio, Campania, hanno normato il settore con LR, Linee guida, Regolamenti, Circolari.

Complessivamente, si può affermare che nelle realtà in cui è stata avviata già da anni una politica di programmazione sanitaria si è riscontrato un buon livello di realizzazione degli obiettivi indicati dal PON 1994/1996. Le regioni, invece, in cui non sussiste una consolidata tradizione pregressa, appaiono omogenee nel recepire le indicazioni del PON ma incontrano notevoli difficoltà nella realizzazione di quanto normato.

L'Osservatorio Epidemiologico Regionale, strumento indispensabile per una programmazione mirata, pur essendo stato generalmente istituito, non è attivo nel settore in quasi tutte le regioni e, ove presente, non opera in piena collaborazione con gli Uffici regionali di settore (Lazio). Si è rilevata la sua piena attivazione solamente nella regione Lombardia. La Legge n. 724/1994 imponendo il superamento degli Istituti Psichiatrici Residuali entro il 31.12.1996 ha sollecitato le regioni ad affrontare il problema. La maggior parte di esse ha formulato indicazioni atte a supportare le Aziende USL nella elaborazione dei progetti di superamento degli ex O.P. Solamente la regione Abruzzo non ha ancora formulato indirizzi specifici.

La Provincia Autonoma di Trento ha delegato l'Azienda Sanitaria ad elaborare il progetto di superamento per l'unico ex OP (Pergine Valsugana).

Istituzione e organizzazione del Dipartimento di Salute Mentale da parte dell'Azienda USL con le caratteristiche organizzativo/programmatico/gestionali delineate nel PON

Nel corso delle indagini è emerso che la prevalente tipologia d'intervento è quella curativa e a carattere d'urgenza, centrata sul ricovero ospedaliero nei reparti di Diagnosi e Cura. La prevenzione primaria è completamente disattesa mentre la prevenzione secondaria e terziaria è

affrontata ovunque in maniera parziale. Non sono adeguatamente supportati gli interventi atti a promuovere programmi di riabilitazione.

La prevalente tipologia di intervento adottata nei DSM si riflette nell'implementazione delle strutture alternative al ricovero ospedaliero, sia residenziali che semiresidenziali.

In tutti i DSM visitati si è evidenziata la necessità di potenziare l'area riabilitativa attraverso la realizzazione di ulteriori Comunità Terapeutiche Riabilitative, Gruppi Appartamento, Day Hospital e Centri Diurni nonché di adeguare gli organici sotto il profilo qualitativo e quantitativo. Si è evidenziato che, laddove il Dipartimento di Salute Mentale riesce ad operare utilizzando un approccio multidisciplinare ed integrato, centrato sui bisogni dell'utenza, i diversi servizi forniscono, ciascuno secondo la propria competenza, risposte sufficientemente articolate. Una simile organizzazione consente, anche in presenza di risorse limitate, di incidere più efficacemente sui bisogni del paziente psichiatrico riducendo, nel contempo, il ricorso ai ricoveri ospedalieri ed ai Trattamenti Sanitari Obbligatori.

La verifica degli interventi predisposti dalle Aziende USL competenti per ogni regione sede di O.P., ai sensi della Legge n. 724/94, art. 3, comma 5, ha interessato 16 Istituti Psichiatrici Residuali pubblici e 2 Istituti Psichiatrici Residuali privati/convenzionati.

Le regioni che non sono sede di Istituti Psichiatrici Residuali pubblici e/o privati convenzionati hanno utilizzato strutture manicomiali extraregionali: Va detto, però, che nel corso degli ultimi anni le Aziende USL interessate hanno elaborato programmi specifici per il reinserimento nel proprio territorio di pazienti psichici ospedalizzati fuori regione.

Le visite effettuate hanno evidenziato che:

La prevalente funzione espletata dalle strutture manicomiali è di tipo assistenziale, intesa come semplice accudimento e tutela del degente. Scarsa attività riabilitativa, esiguità di interventi finalizzati alla umanizzazione della vita istituzionale ed alla personalizzazione degli spazi e degli arredi è stata prevalentemente riscontrata negli ex Ospedali Psichiatrici: «S. Osvaldo» di Udine, «S. Niccolò» di Siena, «S. Francesco» di Rieti e nell'ex O.P. di Cagliari. La congrua presenza di interventi riabilitativi e la contemporanea realizzazione di idonee strutture intermedie atte a supportare il processo di superamento nel rispetto dei tempi indicati dalla Legge n. 724/94 è stata riscontrata negli ex Ospedali Psichiatrici «S. Margherita» di Perugia, «S. Maria di Collemaggio» de L'Aquila e «dell'Osservanza» di Imola (BO).

Lo stato di implementazione dei progetti di superamento nei 16 Istituti Psichiatrici Residuali pubblici e nei 2 Istituti Psichiatrici Residuali privati convenzionati visitati nel corso della verifica

Per quanto concerne le indicazioni regionali volte a supportare le Aziende USL nell'elaborazione di progetti di superamento:

n. 11 regioni hanno formulato indicazioni (Lombardia, Veneto, Friuli Venezia-Giulia, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Campania, Calabria, Sicilia);

n. 5 regioni hanno in elaborazione le indicazioni per il superamento (Piemonte, Lazio, Puglia, Basilicata, Sardegna).

La regione Abruzzo non ha formulato indicazioni per il superamento degli ex O.P.

Riguardo allo stato di implementazione dei progetti di superamento elaborati dalle Aziende USL visitate:

n. 4 Istituti Psichiatrici Residuali, l'Ex Ospedale Psichiatrico «S. Artemio» di Treviso, l'ex O.P. «dell'Osservanza» di Imola (BO), l'ex O.P. «5. Margherita» di Perugia, l'ex O.P. «S. Maria di Collemaggio» de L'Aquila, prevedono di ottemperare a quanto indicato dalla Legge n. 724/1994, art. 3, comma 5, nei tempi previsti;

n. 1 Istituto Psichiatrico Residuale, l'ex O.P. «Frullone» (Napoli) pur presentando uno stato di implementazione del progetto di superamento in fase avanzata non potrà completare il superamento entro i tempi indicati dalla Legge a causa del mancato finanziamento (la regione Campania non ha approvato il progetto);

n. 7 Istituti Psichiatrici Residuali, l'ex O.P. S. Martino (CO), l'ex O. P. di Pergine Valsugana (TN), l'ex O. P. S. Osvaldo di (UD), l'ex O.P.S. Niccolò (SI), l'ex O.P. di Fermo (AP), l'ex O.P. Nuovo Complesso Ospedaliero di Girifalco (CZ), l'ex O.P. di Agrigento presentano uno stato di implementazione in fase iniziale dei progetti di superamento;

n. 1 Istituto Psichiatrico Residuale, l'ex O.P. «S. Francesco» di Rieti, pur avendo elaborato il progetto di superamento, non l'ha ancora avviato;

n. 1 Istituto Psichiatrico Residuale, l'ex O.P. di Cogoletto (GE), sta elaborando il progetto di superamento;

n. 2 Istituti Psichiatrici Residuali, l'ex O.P. di Novara e l'ex O.P. di Cagliari, non hanno ancora elaborato alcun progetto di superamento;

I due Istituti Psichiatrici Residuali privati convenzionati «Casa della Divina Provvidenza Opera Don Uva» di Potenza e di Bisceglie (BA) hanno già avviato progetti di riconversione strutturale e funzionale finalizzati ad una riorganizzazione interna piuttosto che ad un concreto e reale superamento.

Le tabelle 7 e 8 sono riepilogative della situazione degli Istituti Psichiatrici Residuali pubblici (tab. 7) e privati convenzionati (tab. 8) e riportano informazioni relativamente a:

popolazione residente in ciascuna regione;
numero degli Istituti Psichiatrici Residuali attivi a novembre 1996;
numero dei posti letto attivi;
numero dei degenti.

Da esse si evince che, a fronte di una popolazione di 57.332.996 abitanti:

sono attivi n. 63 Istituti Psichiatrici Residuali pubblici e n. 12 Istituti Psichiatrici Residuali privati convenzionati per un totale di n. 75 Istituti;

sono attivi n. 13.298 posti letto negli Istituti Psichiatrici Residuali pubblici e n. 5.140 posti letto negli Istituti Psichiatrici Residuali privati convenzionati, per un totale di n. 18.438 posti letto;

sono risultati presenti, nell'anno 1996, n. 11.882 soggetti ricoverati negli Istituti Psichiatrici Residuali pubblici e n. 5.016 negli Istituti Psichiatrici Residuali privati convenzionati, per un totale di n. 16.898 soggetti.

Nelle 71 Case di Cura Neuropsichiatriche risultano attivi 7.624 posti letto.

La Tabella 7 fornisce un quadro riassuntivo dello stato di attuazione dei progetti di superamento degli Istituti Psichiatrici Residuali pubblici in Italia. Essa riporta informazioni relativamente a:

n. complessivo dei progetti di superamento avviati in ciascuna regione (n. 49 sono i progetti di superamento avviati);

n. Istituti Psichiatrici Residuali pubblici per i quali è ipotizzabile il superamento e la definitiva chiusura nei tempi previsti dalla Legge n. 724/1994 (n. 21 sono gli Istituti Psichiatrici Residuali pubblici per i quali è stata prevista la definitiva chiusura entro il 31.12.1996).

La chiusura dei 21 ex Ospedali Psichiatrici, che coinvolgerà circa 2500 pazienti, è resa possibile dagli interventi avviati già da tempo e che si sono concretizzati nella:

dimissione di parte dei degenti e loro presa in carico da parte dei Servizi Psichiatrici Territoriali;

attivazione, al di fuori dell'area manicomiale, di strutture a carattere residenziale (Comunità Terapeutiche Riabilitative, Gruppi Appartamento, Case Famiglia) per l'accoglimento degli ex degenti;

riconversione e ristrutturazione di parte degli immobili dell'ex Ospedale Psichiatrico in Comunità Terapeutiche Riabilitative, Residenze Sanitarie Assistenziali, da considerare ad esaurimento, finalizzate all'accoglimento degli ex degenti che, a causa della patologia psichiatrica residua, associata ad un alto grado di disabilità e/o ad un'età avanzata, hanno la necessità di continuare a vivere in un ambiente protetto.

Gli Istituti Psichiatrici Residuali pubblici che hanno formalmente dichiarato il superamento son dal 1992 ad oggi diciotto.

Trapianti

I dati relativi al 1996 elaborati e pubblicati dall'Istituto Superiore di Sanità confermano la tendenza positiva già osservata a partire dal

1992; negli ultimi cinque anni di attività, infatti, l'Italia ha raddoppiato il numero di donatori, raggiungendo così il valore di 11 donatori per milione di abitanti. L'incremento del numero di trapianti risulta, comunque, più contenuto rispetto a quello del 1995, anno estremamente favorevole per i trapianti, registrando un aumento del 7% dei trapianti di rene e del 5,5% dei trapianti di fegato. I trapianti di cuore subiscono, invece, per la prima volta in questi cinque anni, una flessione, le cui cause sono ancora da individuare.

Nonostante alcune regioni del Centro e del Sud abbiano incrementato la propria attività (Lazio, Toscana e Puglia), la distribuzione sul territorio nazionale rimane poco omogenea, con un notevole distacco a favore delle regioni settentrionali. Il territorio è stato perciò ancora diviso in tre aree: Nord (Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, Liguria, Trentino-Alto Adige, Veneto, Friuli-Venezia Giulia ed Emilia-Romagna), Centro (Toscana, Umbria, Marche e Lazio), Sud e isole (Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia e Sardegna).

È da notare come alcune regioni del Nord abbiano presentato una battuta d'arresto o una piccola flessione dell'attività, che, si spera, potrà ben presto rivelarsi come un fenomeno transitorio. Tale fenomeno riflette un andamento presente in molte nazioni europee più avanzate, che mostrano, già da qualche anno, notevoli difficoltà a incrementare il numero dei donatori. Altre regioni settentrionali (Veneto ed Emilia-Romagna), continuano, comunque, a mostrare un aumento dell'attività, con risultati soddisfacenti. Nonostante la disparità dei risultati ottenuti dalle varie regioni e la ancora esigua attività di molte regioni meridionali, i dati del 1996 avvicinano l'Italia, con i suoi 11 donatori per milione di abitanti, al resto dell'Europa (media europea: intorno ai 15 donatori per milione di abitanti).

1.4 LA RICERCA E LA FORMAZIONE

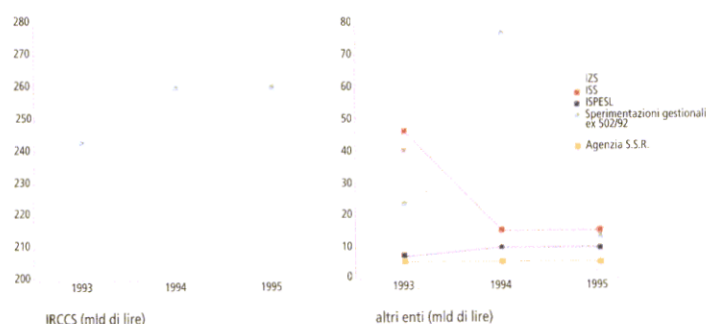
Il S.S.N. incentiva direttamente la ricerca, con una specifica quota del Fondo Sanitario Nazionale, attraverso iniziative ed interventi che rappresentano solo una piccola parte degli investimenti di ricerca nel Paese, e si caratterizzano per il prevalente interesse clinico e scientifico.

A decorrere dal 1993 i fondi per la ricerca, per la parte di competenza del Ministero della Sanità, sono utilizzati per finanziare attività di ricerca corrente e finalizzata svolta dall'Istituto Superiore di Sanità, dall'I.S.P.E.S.L., dagli Istituti di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico, dagli Istituti Zooprofilattici Sperimentali, nonché per sostenere iniziative previste da leggi nazionali o dal P.S.N. (programmi speciali di interesse e rilievo interregionale o nazionale, ricerche o sperimentazioni attinenti agli aspetti gestionali, valutazione dei servizi, della comunicazione e rapporti con i cittadini, le tecnologie e le biotecnologie sanitarie).

La quota annuale complessiva per le finalità sopra ricordate viene fissata dalla legge finanziaria - Tabella C dello stato di previsione della spesa del Ministero della Sanità (Fig. 3-A).

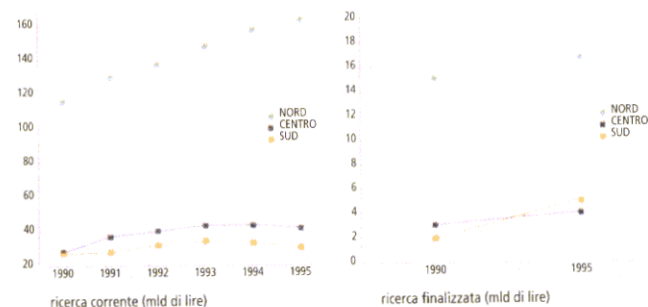
Fig. 3 il finanziamento della ricerca con 1% del Fondo Sanitario Nazionale

A finanziamento corrente e in c/capitale



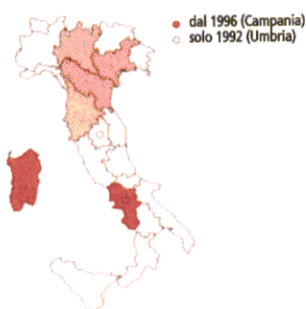
Nel 1994 lo stanziamento globale è aumentato dell'1,8 % rispetto al 1993. Nel 1995, invece, si è ridotto di circa il 17 % rispetto all'anno precedente. Per l'I.S.S. si è avuta una diminuzione dai 46 miliardi del 1993 ai 15 miliardi per il 1994 e per il 1995. Per gli I.Z.P.S. si è passati da 40 miliardi a circa 10 miliardi per il biennio 1994/1995.

B finanziamento della ricerca degli IRCCS



Ricerca corrente: nel 1994 e nel 1995 il valore totale del finanziamento è rimasto attestato a circa 260 miliardi, con un incremento di circa il 4 % rispetto al 1993. Gli Istituti del centro e del sud hanno registrato nel 1995 una diminuzione rispettivamente del 5 % e del 14 % rispetto al 1993. Ricerca finalizzata: confrontando i valori del 1990 e del 1995 si osserva una variazione positiva, determinata in massima parte dagli stanziamenti dei nuovi istituti.

C stanziamenti regionali per la ricerca, in mld di lire (1992/96)



Gli stanziamenti attribuiti dalle regioni alla ricerca ammontano a circa 20 miliardi per il 1995, il che rappresenta circa lo 0,05 % del finanziamento del Fondo Sanitario Nazionale (37.000 miliardi).

Più complessa ed articolata è la situazione per quanto riguarda gli I.R.C.C.S., strutture ospedaliere che insieme a prestazioni in regime di cura svolgono attività di ricerca biomedica.

Gli Istituti, sia pubblici che privati, che a tutto il 31.12.96, hanno conseguito il riconoscimento del carattere scientifico e quindi risultano destinatari del finanziamento previsto dalla legge, sono 15 di diritto pubblico e 16 di diritto privato.

NORD	CENTRO	SUD
Istituto Tumori di Milano	Istituto I.N.R.C.A.	I.N.T. Pascale
Istituto Tumori di Genova	I.F.O. di Roma	Istituto oneologico di Bari
Istituto Besta	Osp. Bambin Gesù	E.O. «Saverio de Bellis»
Istituto Rizzoli	I.D.I.	Assoc. OASI Maria SS.
Istituto Gaslini	Clinica Santa Lucia	Istituto San Matteo
Istituto Burlo Garofalo	Fondazione	Istituto neurologico di Isernia
Ospedale Maggiore	Stella Maris	Casa Sollievo della Sofferenza
San Raffaele	Ospedale Spallanzani	
Centro riferimento Oncologico		
Clinica del lavoro		
Fondazione Mondino		
Istituto Medea		
Centro Cardiologico Monzino		
Centro Auxologico Italiano		
S.M. Nascente		
Istituto Europeo di Oncologia		
Centro S. Giovanni di Dio		
Fatebenefratelli		

L'andamento dei finanziamenti (in valori nominali) ad essi destinati per la ricerca corrente è illustrato nella Fig. 3-B, dalla quale si nota che l'entità del finanziamento esaminato globalmente presenta un progressivo aumento nel tempo, aumento, tuttavia, che risulta molto limitato negli ultimi tre anni.

La stessa osservazione vale per il finanziamento della ricerca finalizzata il cui andamento mostra una progressiva contrazione, anche in termini reali. Per quanto concerne i finanziamenti della ricerca da parte delle Regioni, la situazione non si può ritenere particolarmente soddisfacente.

In base ad una indagine conoscitiva dello stato di attuazione da parte delle Regioni degli indirizzi programmatici del P.S.N., in cui fra l'altro sono contenuti indirizzi per lo sviluppo della ricerca biomedica e sanitaria applicata, emerge che gli stanziamenti attribuiti alla ricerca negli ultimi anni ammontano a valori particolarmente esigui.

Mentre in alcune regioni si è ritenuto di non poter attribuire stanziamenti ad hoc, in altre realtà si assiste ad interventi non continuativi di modesta entità finanziaria e comunque non inseriti in una organica progettualità.

Soli in pochi casi si riscontra una attenzione costante, rappresentata dalla allocazione sistematica di specifiche risorse, peraltro sempre molto esigue, nell'ambito di programmi locali (Fig. 3-C).

Occorre infine evidenziare, pur con il limite dovuto alla fase iniziale della accennata indagine, che a livello regionale la quota del Fondo Sanitario Nazionale destinata alla ricerca ammontano a circa 20 miliardi per il 1995, (circa lo 0,05% dei 37.000 miliardi del F.S.N.)

La formazione del personale

Le attività di formazione ed aggiornamento permanente del personale del S.S.N. rappresentano una condizione fondamentale per il perseguimento di più elevati livelli qualitativi nella erogazione dell'assistenza sanitaria.

Il P.S.N. evidenzia l'opportunità di utilizzare le ampie conoscenze teoriche e pratiche presenti nel S.S.N., suggerendo la programmazione regionale o locale di idonee attività formative, indirizzate in particolare alla dirigenza ed ai quadri intermedi di tutti i ruoli del Servizio, che vedano anche il concorso del personale del Servizio stesso alla formazione di altro personale.

Un ulteriore impegno è rappresentato dal ruolo delle Regioni nella programmazione del fabbisogno di specialisti da formare e dalla conseguente necessaria collaborazione con le Università.

In tale materia, in base ai dati raccolti tramite la già citata indagine conoscitiva sullo stato di attuazione degli indirizzi programmatici del P.S.N., emerge un quadro abbastanza soddisfacente: quasi tutte le principali regioni hanno stipulato o hanno in corso di stipula apposite convenzioni con le Università sia per la formazione degli specializzandi sia per programmi di formazione per il personale del Servizio.

In tutte le regioni, tranne il Friuli-Venezia Giulia ed il Molise, sono state inoltre emanate specifiche disposizioni in tema di aggiornamento e formazione del personale del S.S.N. che in massima parte sono state anche finanziate dalle amministrazioni competenti.

1.5 IL NUOVO SISTEMA DI FINANZIAMENTO

Premessa

Il finanziamento del S.S.N., nel sistema definito dai Decreti legislativi 502/92 e 517/93, deriva dalle seguenti fonti (Fig. 4):

gettito dei contributi assistenziali, attribuiti direttamente alle Regioni;

stanziamento a carico del bilancio dello Stato determinato annualmente dalla legge finanziaria tenendo conto, per la parte corrente, dell'importo complessivo presunto dei contributi di malattia attribuiti direttamente alle Regioni;

entrate proprie derivanti dalla gestione del patrimonio del Servizio Sanitario ai sensi del comma 13, art. 2 della Legge 549/95 (collegato alla «finanziaria» per l'anno 1996), da lasciti, donazioni, nonché dalle quote di partecipazione alla spesa dovute dai cittadini.

Ad eccezione delle entrate derivanti dalla gestione del patrimonio, le altre fonti di finanziamento vengono ripartite tra le Regioni sulla base di coefficienti parametrici riferiti alla popolazione, alla mobilità ed alla consistenza delle strutture. Per gli anni 1993-1995 il finanziamento ha compreso anche le quote di riequilibrio appositamente previste per le regioni con eccedenza di offerta.

Il rapporto tra Stato e Regioni per quanto concerne il finanziamento delle prestazioni del S.S.N. è chiaramente definito: assicurati alla Regione i flussi di finanziamento previsti (gettito dei contributi più quota del P.S.N. a carico del bilancio dello Stato, comprensiva, come si è detto, delle quote di riequilibrio) spetta alla Regione provvedere al fabbisogno finanziario delle proprie aziende.

Le Regioni dispongono anche di ulteriori strumenti per l'acquisizione di risorse, e/o contenimento della spesa, e precisamente:

- aumento dei contributi in una percentuale non superiore al 6% e dei tributi regionali in una percentuale non superiore al 75% dell'aliquota;

- aumento del ticket sulle ricette farmaceutiche e specialistiche;
- aumento di eventuali altri ticket sul costo delle prestazioni;
- temporanea eliminazione di alcune prestazioni;

- erogazione in forma indiretta delle prestazioni farmaceutiche, diagnostica strumentale e di laboratorio e specialistica con partecipazione alla spesa anche differenziata per reddito.

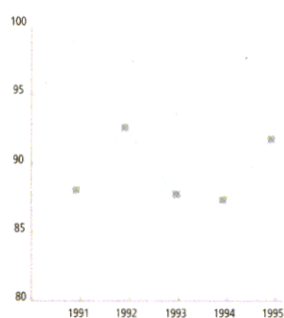
Infatti l'art. 13 del Decreto legislativo 502/92 prevede forme di autofinanziamento regionale in caso di:

- erogazione di livelli di assistenza sanitaria superiori a quelli uniformi;

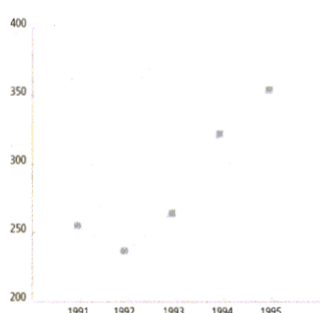
- adozione di modelli organizzativi diversi;
- disavanzi di gestione.

Fig. 4 **il finanziamento corrente del Servizio Sanitario Nazionale**

A finanziamento totale
(migliaia di miliardi di lire)



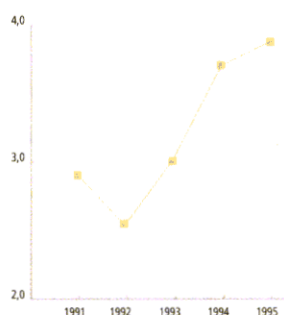
entrate proprie
(miliardi di lire)



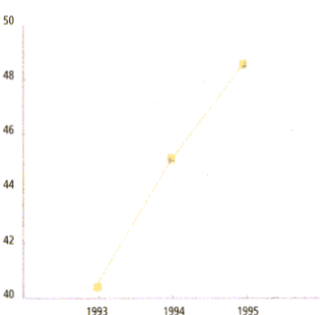
Il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale è passato dagli 88.192 miliardi del 1991 ai 94.102 miliardi del 1995. Le fonti principali del finanziamento sono rappresentate da:

- contributi obbligatori di malattia
- entrate dirette delle aziende sanitarie
- Fondo Sanitario Nazionale.

B rapporto percentuale
fra entrate proprie
e finanziamento totale



contributi di malattia
(migliaia di miliardi di lire)



Le entrate dirette delle aziende sanitarie (derivanti dalla partecipazione alla spesa sanitaria a carico dei cittadini e dalla gestione del patrimonio del S.S.N.) hanno costituito nel 1995 circa il 3,7 % del finanziamento globale, nel 1994 il 3,3 e nel 1993 il 2,8. I contributi obbligatori di malattia (dal 1 gennaio 1993 attribuiti direttamente alle regioni in relazione al domicilio fiscale degli iscritti al S.S.N.) sono saliti dai circa 40.000 miliardi del 1993 ai circa 48.000 del 1995.

Pertanto, le Regioni devono fare fronte con entrate proprie (con conseguente esonero di ulteriori finanziamenti da parte dello Stato) ai disavanzi di gestione delle Unità Sanitarie Locali e delle Aziende ospedaliere.

I correttivi strutturali ai meccanismi di spesa

Occorre tuttavia considerare che il contenimento dello stanziamento a carico del bilancio dello Stato, ottenuto con un mero trasferimento di spesa a carico dei bilanci regionali, non presenterebbe alcun reale vantaggio per la collettività senza la parallela assunzione, da parte delle Regioni, del reale governo della spesa.

Questo è possibile attraverso due modalità di intervento:

- sui meccanismi di spesa dipendenti dai comportamenti dei cittadini assistiti;
- sui meccanismi interni di finanziamento del sistema

Gli interventi che incidono direttamente sui comportamenti dei cittadini — quali ad esempio l'introduzione di quote di partecipazione al costo delle prestazioni — costituiscono strumenti relativamente semplici, che esplicano il loro effetto in modo indiscriminato, in quanto conferiscono soprattutto al singolo l'onere di selezionare la domanda sanitaria, indipendentemente dalla sua rilevanza.

Invece gli interventi che incidono sui meccanismi generatori di spesa interni al sistema — anche se tecnicamente e politicamente più complessi — consentono di operare in modo più efficace e duraturo nel tempo.

Con i Decreti 502/92 e 517/93 il legislatore ha scelto la seconda soluzione, introducendo alcuni correttivi strutturali ai meccanismi di formazione della spesa, quali:

- il superamento dei metodi di pagamento a forfait;
- l'impegno a rendere operativo il divieto di incarichi multipli (incompatibilità), con la riconduzione entro l'ambito di operatività diretta del Servizio di molte funzioni affidate a personale convenzionato plurincaricato;
- la ridefinizione di alcuni modelli organizzativi che hanno mostrato gravi limiti di funzionalità ed una eccessiva onerosità rispetto al servizio reso;
- l'avvio di sistemi di controllo della spesa indotta da parte dei medici prescrittori.

Il merito di questi interventi legislativi sta nell'aver individuato misure concrete per il governo della spesa. In sanità, invero, non sono mancate le corrette teorizzazioni e le lungimiranti prospettazioni culturali: si pensi ai concetti di prevenzione e di partecipazione al processo di tutela della salute. Quel che è mancato, proprio per l'assenza di una cultura programmatica, è stata la predisposizione di adeguati strumenti operativi, capaci di realizzare le loro premesse teoriche.

L'allocazione delle risorse

In questo quadro, la allocazione delle risorse avviene secondo il seguente schema:

1. lo Stato quantifica le risorse destinabili al S.S.N. in relazione ai livelli uniformi di assistenza sanitaria da garantire a tutti i cittadini e le ripartisce alle Regioni per quote capitarie omogenee ragguagliate alla popolazione residente;

2. il finanziamento è indistinto, nel senso che la Regione non ha un vincolo di destinazione delle risorse, ma deve garantire che nel proprio territorio siano assicurati, da parte delle Aziende Sanitarie Locali, i livelli uniformi di assistenza;

3. se la Regione prevede, in corso d'esercizio, che le risorse, per una o più funzioni sanitarie, non sono sufficienti, ha l'obbligo di attuare le forme di autofinanziamento previste.

La remunerazione delle prestazioni sanitarie

I decreti legislativi 502/92 e 517/93 hanno introdotto alcune innovazioni anche nel sistema di remunerazione delle prestazioni erogate dal SSN. Tali innovazioni vanno considerate in relazione a tre aspetti che caratterizzano la riforma del Servizio:

in primo luogo, il capovolgimento introdotto nella definizione delle risorse finanziarie del S.S.N.: mentre la legge del 1978 partiva dalla programmazione dei «livelli delle prestazioni sanitarie che devono essere, comunque, garantite a tutti i cittadini» (art. 3) per arrivare alla individuazione del fabbisogno finanziario del S.S.N., il decreto legislativo 502/92 prevede invece che la programmazione sanitaria ed i livelli uniformi di assistenza debbono essere vincolati agli «obiettivi della programmazione socio-sanitaria nazionale» e alla «entità del finanziamento assicurato al Servizio sanitario nazionale» (art. 1).

L'enfasi sul vincolo del bilancio comporta una maggiore efficienza nell'utilizzo delle risorse ed il superamento del sistema di pagamento di tipo retrospettivo, il quale, rimborsando tendenzialmente la totalità dei costi sostenuti dai soggetti erogatori, risulta deresponsabilizzante e influente sui loro livelli di efficienza;

il secondo aspetto da tenere presente è il processo di marcato decentramento delle decisioni all'interno del S.S.N., introdotto dal riordinamento in atto. Sul versante organizzativo, le unità sanitarie locali ed alcuni grandi ospedali vengono trasformati in aziende, con la attribuzione al direttore generale di una ampia autonomia decisionale e di una precisa responsabilità verso i risultati conseguiti. Sul versante finanziario, con la attribuzione regionale dei contributi assistenziali, con la distribuzione del Fondo Sanitario Nazionale in funzione della quota capitaria, associata ai livelli uniformi di assistenza, e con la delega alle regioni delle competenze in materia di organizzazione dei servizi, si procede ad una ulteriore regionalizzazione del S.S.N.;

il terzo aspetto innovativo che caratterizza il nuovo sistema di finanziamento riguarda il chiarimento dei ruoli fra l'Azienda sanitaria e gli erogatori delle prestazioni. La prima (ed in prospettiva anche il medico di base) si presenta infatti come acquirente delle prestazioni sanitarie, mentre i secondi sono identificati in tutti i soggetti, pubblici e privati, titolari di «appositi rapporti fondati sul criterio dell'accreditamento delle istituzioni, sulla modalità di pagamento a prestazione e sull'adozione del sistema di verifica e revisione della qualità delle prestazioni erogate».

Da tale distinzione di ruoli deriva l'introduzione di forme di competizione tra i vari erogatori del S.S.N., pubblici e privati, che si trovano a dividersi il «mercato» delle prestazioni sanitarie in funzione delle proprie capacità di attrarre i compratori, ossia essenzialmente in funzione della qualità delle prestazioni erogate e della propria capacità di contenere i costi di produzione entro le remunerazioni riconosciute per tali prestazioni dai soggetti acquirenti.

Accreditamento delle strutture

Per quanto concerne l'accreditamento delle strutture, esso sarà deciso dalle Regioni, dopo aver verificato il possesso di determinati requisiti minimi prestabiliti con atto di indirizzo e coordinamento, emanato dal Ministero della sanità d'intesa con la Conferenza Stato Regioni. L'accreditamento presuppone il dovere-potere della Regione di svolgere controlli per verificare la permanenza dei requisiti richiesti e l'osservazione dell'obbligo assunto di accettare il sistema del pagamento a prestazione.

L'elenco dei soggetti accreditati è equiparabile ad una lista di potenziali fornitori di prestazioni del S.N.N. In questo elenco ogni azienda dovrà individuare le strutture con le quali contrattare tipologie, quantità e tariffe delle prestazioni da erogare, tenendo conto di quelle che sono le potenzialità delle strutture pubbliche e garantendo agli assistiti, con le risorse disponibili, i livelli uniformi di assistenza.

Il provvedimento di individuazione dei requisiti minimi che devono essere posseduti dalle strutture per essere accreditate è stato definito alla fine del 1996 (e pubblicato con D.P.R. 14-1-97). Per altro nel corso del 1995 era già stato dato avvio al nuovo sistema di pagamento delle prestazioni sanitarie per tutte le attività assistenziali ospedaliere ed era stato attuato l'accreditamento transitorio delle strutture, legislativamente sancito. La legge aveva previsto, infatti, che per due anni (1995 e 1996) fossero accreditate presso il Servizio Sanitario Nazionale le istituzioni preesistenti, ossia tutte le istituzioni pubbliche e le istituzioni private che erano convenzionate alla data di entrata in vigore del nuovo sistema, cioè, al 1 gennaio 1993.

Remunerazione delle prestazioni secondo tariffe prestabilite

Più immediata attuazione è stata possibile per quanto previsto dalla riforma (art. 8 comma quinto del Decreto Legislativo 502/92 modificato

ed integrato dal Decreto Legislativo 517/93) in materia di erogazione delle prestazioni sanitarie attraverso appositi rapporti con i produttori fondati sulla corresponsione di un corrispettivo predeterminato.

Il P.S.N. 1994-96, al paragrafo 8, conferma che il finanziamento di tutti gli erogatori, pubblici e privati, deve avvenire sulla base di tariffe predeterminate, fissate a livello regionale secondo criteri generali stabiliti a livello nazionale.

Il decreto ministeriale del 15 aprile 1994, emanato in attuazione del Decreto Legislativo 502/92 e successive modificazioni, determina i criteri che debbono essere tenuti presenti dalle Regioni per la fissazione delle tariffe.

Il Decreto Legge 29 ottobre 1994, n. 603 (successivamente reiterato) ha anticipato al 1° gennaio 1995 l'introduzione del pagamento a tariffa per le prestazioni di assistenza ospedaliera e ha previsto l'adozione da parte del Ministero della Sanità di un apposito decreto (emanato il 14/12/94), per la determinazione delle tariffe da applicare in caso di inadempienza da parte delle Regioni.

La Legge 23 dicembre 1994, n. 724 (collegato alla «finanziaria» 1995), nel richiamare la remunerazione a tariffa delle prestazioni, ha stabilito un puntuale sistema di finanziamento per le aziende ospedaliere e per i presidi ospedalieri, valido per il 1995 e per un triennio.

È stato così regolamentato il passaggio, nell'arco di un triennio, dal finanziamento sulla base della spesa storica a quello basato sulla remunerazione delle prestazioni effettuate, secondo tariffe prestabilite.

Le caratteristiche principali di questo nuovo sistema emergono dal contenuto del D.M. 15 aprile 1994 e si possono riassumere nei tre punti seguenti:

1. In coerenza con la responsabilizzazione finanziaria del livello regionale, ogni regione e provincia autonoma è chiamata a determinare i propri livelli tariffari, validi per tutti i soggetti erogatori, pubblici e privati, operanti sul proprio territorio. Ciò consente, innanzitutto, di tenere conto dei livelli di efficienza, che caratterizzano gli erogatori locali, e di mantenere sotto controllo la spesa sanitaria, attraverso tariffe predeterminate sulla base dei costi di produzione. La fissazione delle tariffe a livello regionale consente anche di tenere conto della diversa composizione dell'insieme delle prestazioni erogate in ogni realtà regionale e locale.

2. Il decreto ministeriale stabilisce che le tariffe fissate a livello regionale rappresentino la «remunerazione massima da corrispondere ai soggetti erogatori», lasciando pertanto aperta la possibilità di negoziazioni tra acquirenti ed erogatori per accordi relativamente a tutte le condizioni di scambio: qualità, quantità, prezzo, etc.. Mediante la «flessibilità» delle tariffe si è inteso anche lasciare spazio per una attività di programmazione, tanto a livello regionale quanto a livello di Azienda Sanitaria, al fine di garantire la necessaria coerenza rispetto alle specifiche disponibilità finanziarie.

3. Il decreto ministeriale stabilisce che le tariffe siano fissate «sulla base del costo standard di produzione calcolato in via preventiva