

4.1. Risorse finanziarie

I dati OCSE (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico) più recenti mostrano, nella maggior parte dei Paesi membri, un significativo rallentamento della dinamica delle spese sanitarie nel corso dei primi anni del nuovo secolo e, in particolare, dopo il 2003 (*Tabella 4.1*). Contestualmente, si è sostanzialmente stabilizzata la percentuale dei redditi nazionali dedicata alla sanità, che rimane molto variabile tra singoli Paesi: il livello massimo, 16%, continua a registrarsi negli Stati Uniti, seguiti da Francia, Belgio, Austria, Germania, Svizzera e Canada, che dedicano alla sanità il 10,5-11% del proprio Prodotto Interno Lordo (PIL), mentre all'estremo opposto si posizionano Paesi economicamente meno sviluppati quali Messico, Turchia ed Estonia, che vi dedicano circa il 6%. La realtà italiana appare mediana, in ambito OCSE, con riferimento alla quota di PIL assorbita dalla spesa sanitaria totale, sebbene in termini di crescita reale faccia invece registrare un'evoluzione significativamente più controllata. I valori della spesa procapite media italiana confermano questo trend contenuto: anche allungando il periodo di riferimento al 1990, gli incrementi registrati in Italia appaiono molto inferiori a quelli rilevati altrove e nel 2008 i nostri 2.870 dollari USA (normalizzati rispetto al potere di acquisto) risultano relativamente molto contenuti (solo 9 Paesi hanno livelli di spesa inferiori).

In termini comparativi, la situazione della spesa sanitaria italiana nel complesso continua ad apparire soddisfacente. Tuttavia, considerata l'elevata percentuale di spesa sanitaria pubblica (pari in Italia, secondo i

dati OCSE, al 77,3% nel 2009, rispetto al 79,5% del 1990 e al 72,5% del 2000), l'evoluzione della spesa sanitaria costituisce un'area di costante attenzione politica, tanto più importante nel nostro Paese per via delle implicazioni sulla gestione del debito pubblico e gli impegni conseguentemente presi in ambito europeo con il Patto di stabilità. Gli interventi orientati a garantire la sostenibilità della spesa del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), adottati a livello nazionale e regionale nel corso degli anni, hanno infatti contribuito a definirne il quadro di generale contenimento della dinamica osservata.

I primi dati disponibili sulle spese del SSN nel 2010, relativi al quarto trimestre, indicano un livello di spesa che si attesta sui 111,168 miliardi di euro. Si tratta dei dati desunti dai flussi informativi del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) [alla data del 25 marzo 2011], da considerarsi pertanto provvisori, in quanto mancano i dati consuntivi che le Regioni sono tenute a trasmettere entro il primo semestre dell'anno successivo a quello di riferimento.

L'analogo dato consolidato per il 2009 era di 110,219 miliardi di euro (*Tabella 4.2*), indicando un incremento annuo dello 0,9%, inferiore a quello registrato nel 2009 (2,9%), ma superiore all'incremento annuo del PIL (2,2%). La quota del PIL assorbita dal SSN nel 2010, pari al 7,10%, risulta quindi lievemente inferiore a quella del 2009 (7,20%).

Una dinamica simile si osserva anche dal lato del finanziamento del SSN, che nel 2010 rappresenta il 7,00% del PIL, come registrato nel 2009, seppure a fronte di un

Tabella 4.1. Spese sanitarie totali nei Paesi OCSE (Anni 1990 e 2000-2008)

Paesi OCSE	Tassi di crescita annui, in termini reali (%)									Percentuali del PIL (%)			Procapite (US \$ PPA)		
	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2000-2008 media	2000	2007	2008	1990	2000	2008
Australia	3,5	4,9	2	4,8	0,4	2,6	2,5		3,0	8,0	8,5		1.201	2.266	
Austria	1,6	1,4	2,1	3	1,7	1,8	3,3	3,5	2,3	9,9	10,3	10,5	1.623	2.862	3.970
Belgio	1,9	3	12,5	7	-0,9	-4,3	10,6	5,3	4,4	9,0	10,8	11,1 e	1.354	2.481	3.995
Canada	6,1	5,1	2,9	2	2,7	3,4	1,9	3,3	3,4	8,8	10,1	10,4 e	1.735	2.519	4.079
Cile	4,2	0,7	-0,4	1,1	1,8	0,3	8,6	13	3,7	6,6	6,2	6,9		613	999
Corea	14,4	3,4	6,9	4,4	10,3	11,4	9,1	4,7	8,1	4,8	6,3	6,5	355	824	1.801
Danimarca	4	2,4	6,3	3,7	2,6	4,3	2,7		3,7	8,3	9,7		1.540	2.383	
Estonia	-0,7	8,2	11,2	10,5	7,2	11,3	12,2	11,3	8,9	5,3	5,3	6,1		522	1.263
Finlandia	4,7	6,7	6,6	4,7	5,1	3,3	2,3	3,1	4,6	7,2	8,2	8,4	1.363	1.855	3.008
Francia	2,4	3,5	3,9	2,8	2	1,3	1,2	0,8	2,2	10,1	11,0	11,2	1.445	2.553	3.696
Germania	2,3	2	1,2	-0,8	1,9	1,9	1,5	2,5	1,6	10,3	10,4	10,5	1.764	2.669	3.737
Grecia	16,1	6,5	3,7	1	12,3	5,4	4,1		7,0	7,9	9,7		845	1.451	
Ungheria	6,1	10,5	15,4	1	7,9	1,2	-7,1	-1,3	4,2	7,0	7,4	7,3		853	1.437
Irlanda	14,9	9,6	7,2	5,8	2,9	2	4,4	14,8	7,7	6,1	7,5	8,7	789	1.763	3.793
Islanda	0,8	7,9	4,1	1,5	1,3	-1,6	3,1	-1,7	1,9	9,5	9,1	9,1	1.662	2.740	3.359
Israele	4,1	-3,5	-1,6	2	4,1	0,8	5,2	2,2	1,7	7,5	7,8	7,8 e		1.766	2.165
Italia	3,6	1,7	-0,7	4,2	3,2	2,3	-2,7	3,5	1,9	8,1	8,7	9,1	1.356	2.064	2.870
Giappone	3,3	0,4	2,8	2,1	3,4	1	2,8		2,3	7,7	8,1		1.122	1.969	
Lussemburgo	-1,9	13,6	-7,8	9	-0,4	-0,4	-4,3	-7,6	0,0	7,5	7,1	6,8		3.269	4.237
Messico	6,1	2,7	3,1	6,5	0,5	0,6	5,3	1,4	3,3	5,1	5,8	5,9	296	508	852
Nuova Zelanda	4,4	7,4	0	8,1	6,9	5,4	-0,3	6,4	4,8	7,7	9,1	9,9	981	1.607	2.685
Norvegia	6,1	12,3	2,7	-0,5	-3,9	-3,5	5	-3,9	1,8	8,4	8,9	8,5 e	1.366	3.043	5.003
Paesi Bassi	5,5	6,3	10	3,9	0,4	2,1	3,5	3,3	4,4	8,0	9,7	9,9 e	1.412	2.340	4.063
Polonia	7,4	9,8	2,4	4,7	3,8	6,1	10,8	14,5	7,4	5,5	6,4	7,0	289	583	1.213
Portogallo	1	2	6,3	3,8	2,4	-1,3			2,4	8,8			628	1.511	
Regno Unito	5,3	6,2	5,1	5,5	4,5	4,8	3	2,6	4,6	7,0	8,4	8,7	960	1.837	3.129
Repubblica Ceca	5,1	8,2	8,8	0,9	6,9	2,4	2,4	8,5	5,4	6,5	6,8	7,1	558	982	1.781
Repubblica Slovacca	4	7	8,3	30,1	4,1	12,9	16,5	9,5	11,6	5,5	7,7	8,0		604	1.770
Slovenia	6,6	4,2	2,6	1,1	4,7	3,2	0,8	10,4	4,2	8,3	7,8	8,3		1.453	2.329
Spagna	2,9	1,4	14	2,1	3,1	3,3	2,8	8,4	4,8	7,2	8,4	9,0	870	1.538	2.902
Stati Uniti d'America	5	6,2	5,1	3	2,5	2,3	2,2	1,3	3,5	13,4	15,7	16,0	2.810	4.703	7.538
Svezia	9,7	5,9	2,7	1,4	2,5	2,6	2,2	2,2	3,7	8,2	9,1	9,4	1.592	2.286	3.470
Svizzera	4,9	2,7	2,2	2,2	1,3	-1,3	1,1	1,7	1,9	10,2	10,6	10,7 e	2.028	3.221	4.627
Turchia	-3,1	8,7	3,5	8,6	8,6	12,6	7,4	1,6	6,0	4,9	6,0	6,2	155	433	818

e, stime.

Fonte: OECD Health Data 2010 – Versione: ottobre 2010.

rallentamento più marcato del trend: +1,8% nel 2010 rispetto al +3,2% del 2009.

Il 2010 fa pertanto ancora rilevare un disavanzo del SSN di circa 2,3 miliardi di euro, che ne prosegue il trend di tendenziale riassorbimento già avviato negli anni precedenti (era pari a 3,2 miliardi di euro nel 2009), con un più marcato rallentamento (da -6,3% del 2009 al -28,5% del 2008): il sistema sanzionatorio differenziato per le

Regioni che non hanno sottoscritto il Pdr (art. 1, comma 174, Legge 311/2004) e per quelle che lo hanno sottoscritto (art. 1, comma 796 b, Legge 296/2006), come meglio specificato in seguito, introdotto per garantire l'effettiva copertura di disavanzi non coperti nel settore sanitario, unito agli incrementi dei finanziamenti destinati al SSN negli ultimi anni, ha conseguito il risultato atteso di graduale raffreddamento

Tabella 4.2. Spesa e finanziamento del SSN. Analisi per enti, funzioni di spesa e fonti di finanziamento. (Anni 2009-2010)

		2009			2010		
		Miliardi di euro	+ / - vs 2008 %	Euro procapite	Miliardi di euro	+ / - vs 2009 %	Euro procapite
PIL		1.530,905	-2,6	25.433	1.564,796	2,2	25.933
SPESE SSN	(1)	110,219	2,9	1.831	111,168	0,9	1.842
Spese SSN/PIL (%)		7,20%			7,10%		
REGIONI e PA		109,613	2,8	1.821	110,605	0,9	1.833
Mobilità verso B. Gesù	(2)	0,160	-1,9		0,160	0,0	
Mobilità verso Smom	(2)	0,034	2,5		0,034	0,0	
ALTRI ENTI DEL SSN (Quote Vincolate a carico dello Stato)	(3)	0,606	11,0		0,563	-7,1	
FINANZIAMENTO SSN	(4)	106,967	3,2	1.777	108,842	1,8	1.804
Finanziamento SSN/PIL (%)		6,99%			7,00%		
REGIONI e PA		106,361	3,1	1.767	108,280	1,8	1.794
ALTRI ENTI DEL SSN	(3)	0,606	11,0		0,563	-7,1	
DISAVANZO SSN	(5)	-3,252	-6,3	-54,00	-2,326	-28,5	-39,00
Disavanzo SSN/PIL (%)		-0,21%			-0,15%		
Disavanzo a carico dello Stato coperto con Fondi appositi (Legge 296/2006)		-0,700			0,000		
		-0,192			0,000		
Disavanzo a carico delle Regioni		-2,360			-2,326		

(1) Per Spesa del SSN si intende la somma dei costi delle sole funzioni assistenziali con il saldo della gestione straordinaria (Ricavi straordinari e Costi straordinari, Costi stimati per accantonamenti e Variazione delle rimanenze) e con il saldo relativo all'intraoemia.

(2) Le spese relative al B. Gesù e allo Smom (Sovrano Militare Ordine di Malta) sono riferibili alle funzioni "Specialistica convenzionata e accreditata" e "Ospedaliera accreditata".

(3) Croce Rossa Italiana (finanziamento corrente), Cassa DD PP (mutui pre-riforma), Università (borse di studio per gli specializzandi), Istituti Zooprofilattici Sperimentali (finanziamento corrente).

(4) Per Finanziamento del SSN si intende la somma dei ricavi al netto di quelli relativi alla gestione straordinaria e all'intraoemia.

(5) Corrispondente alla somma algebrica degli avanzi e dei disavanzi delle singole Regioni e delle Province Autonome di Trento e Bolzano.

NB: I dati soprariportati possono divergere in parte da quelli Istat, a causa di differenti criteri utilizzati per la rilevazione di alcune voci di finanziamento e di spesa.

Fonte: Ministero della Salute: Anno 2009 – dati NSIS, dati di consuntivo.

Per il 2010: dati estratti dal NSIS, IV trimestre al 25 marzo 2011. Tali dati potranno subire aggiornamenti e integrazioni in corso d'anno, prima della loro pubblicazione nella RGSEP.

della dinamica della spesa sanitaria e rientro dai disavanzi sanitari. Anche in termini relativi, il disavanzo indica nel 2010 una lieve riduzione, passando dallo 0,21% allo 0,15% del PIL.

Portando l'analisi dal livello nazionale al livello regionale (Tabella 4.3), si osserva come, sia nel 2010 sia nel 2009, i disavanzi sanitari continuano a rappresentare un fenomeno prevalentemente localizzato nel Centro-Sud del Paese e più in particolare in un gruppo di 4 Regioni (Lazio, Campania, Puglia e Sardegna), che spiegano oltre il

90% del disavanzo complessivo netto del SSN nel 2010. I valori procapite del disavanzo più elevati sono quelli del Lazio, seguito da Molise, Campania, Sardegna, Valle d'Aosta e Calabria. Appare importante precisare, comunque, che:

- il dato 2010 è un dato di preconsuntivo che potrà subire aggiornamenti e integrazioni nel corso del corrente anno 2011, prima della sua pubblicazione nella Relazione Generale della Situazione Economica del Paese (RGSEP) per il 2010;

Tabella 4.3. Costi e ricavi del SSN* (milioni di euro) [Anni 2009-2010]

Regione	2009				
	Costi	Ricavi	Saldi mobilità sanitaria inter-regionale	Risultato di esercizio	Euro procapite
	A	B	C	A + B + C	
Piemonte	-8.544,672	8.559,645	1,758	16,731	3,77
Valle d'Aosta	-268,276	283,476	-16,182	-0,982	-7,70
Lombardia	-17.433,942	16.998,220	437,601	1,879	0,19
PA di Bolzano	-1.106,170	1.139,153	4,194	37,177	74,18
PA di Trento	-1.076,187	1.079,866	-15,773	-12,094	-23,15
Veneto	-8.872,573	8.747,431	97,996	-27,145	-5,54
Friuli	-2.453,859	2.446,122	24,409	16,673	13,53
Liguria	-3.314,578	3.235,315	-26,377	-105,640	-65,39
Emilia Romagna	-8.474,008	8.141,252	355,194	22,437	5,14
Toscana	-7.401,263	7.279,328	115,054	-6,882	-1,85
Umbria	-1.657,840	1.651,225	11,374	4,760	5,30
Marche	-2.793,504	2.841,779	-31,722	16,554	10,58
Lazio	-11.510,302	10.048,998	65,311	-1.395,993	-246,89
Abruzzo	-2.438,388	2.406,073	-62,221	-94,536	-70,72
Molise	-673,716	577,396	32,673	-63,648	-198,58
Campania	-10.272,162	9.786,786	-303,507	-788,883	-135,57
Puglia	-7.254,678	7.121,470	-169,265	-302,474	-74,10
Basilicata	-1.040,929	1.055,538	-35,649	-21,040	-35,68
Calabria	-3.545,133	3.650,149	-223,810	-118,794	-59,13
Sicilia	-8.512,318	8.518,038	-205,720	-200,000	-39,68
Sardegna	-3.089,651	2.915,247	-55,340	-229,744	-137,43
Totale	-111.734,150	108.482,507	0,0	-3.251,643	-54,02
Solo perdite				-3.367,854	
Solo utili				116,211	

* I valori dei costi e dei ricavi del SSN si differenziano dai corrispondenti valori delle spese e del finanziamento del SSN per l'inclusione dei Ricavi della gestione straordinaria e di quelli dell'intramoenia.

I valori dei saldi della mobilità inter-regionale 2010 non sono disponibili (20 febbraio 2011).

NB: Il risultato di esercizio può differire da quello risultante dal Tavolo di Verifica degli Adempimenti che opera a de-

■ non può, pertanto, ancora essere messo a raffronto con dati di consuntivo 2009 che, peraltro, non comprendono le necessarie coperture predisposte a livello regionale, secondo la vigente normativa, che non siano già state contabilizzate nel conto economico dell'anno di riferimento.

Con queste necessarie premesse, rispetto al 2009, tra le Regioni che hanno valori procapite del disavanzo più elevati, solo Molise e Calabria non hanno registrato recuperi. Anche la PA di Trento e le Regioni Liguria, Abruzzo e Toscana mostrano riduzioni

significative dei propri valori di disavanzo, in termini sia assoluti sia relativi.

Il finanziamento dei disavanzi sanitari ha subito nel corso degli ultimi anni, successivamente alla modifica Costituzionale in senso federalista e all'avvio della "stagione degli accordi tra Stato e Regioni" nell'estate del 2000, un'importante virata nell'approccio. Dalla precedente confermata tendenza a spalmare fra tutte le Regioni le risorse destinate al ripiano di disavanzi si è passati all'impostazione odierna (stabilizzata particolarmente a seguito del Patto per

Regione	2010				
	Costi	Ricavi	Saldi mobilità sanitaria inter-regionale(#)	Risultato di esercizio	Euro procapite
	A	B	C	A + B + C	
Piemonte	-8.658,702	8.665,788	1,758	8,844	3,89
Valle d'Aosta	-280,629	289,893	-16,182	-6,918	-132,90
Lombardia	-17.952,620	17.525,600	437,601	10,581	2,63
PA di Bolzano	-1.111,168	1.108,927	4,194	1,953	27,16
PA di Trento	-1.102,096	1.107,061	-15,773	-10,808	-16,59
Veneto	-9.033,288	8.862,626	97,996	-72,666	-20,76
Friuli	-2.499,251	2.483,472	24,409	8,631	7,55
Liguria	-3.318,433	3.256,231	-26,377	-88,579	-61,64
Emilia Romagna	-8.583,586	8.254,846	355,194	26,454	8,99
Toscana	-7.241,828	7.140,998	115,054	14,224	3,71
Umbria	-1.647,990	1.647,039	11,374	10,424	14,90
Marche	-2.850,156	2.909,468	-31,722	27,591	9,53
Lazio	-11.336,852	10.227,711	65,311	-1.043,830	-243,79
Abruzzo	-2.391,559	2.434,671	-62,221	-19,109	-36,64
Molise	-660,184	574,054	32,673	-53,458	-225,36
Campania	-10.099,276	9.906,997	-303,507	-495,786	-124,74
Puglia	-7.329,969	7.163,857	-169,265	-335,378	-71,66
Basilicata	-1.058,595	1.058,919	-35,649	-35,325	-36,94
Calabria	-3.444,485	3.686,557	-223,810	18,262	-110,71
Sicilia	-8.588,369	8.732,124	-205,720	-61,965	-46,19
Sardegna	-3.102,812	2.929,432	-55,340	-228,720	-115,55
Totale	-112.291,849	109.966,271	0,0	-2.325,578	-54,29
Solo perdite				-2.452,540	
Solo utili				126,963	

correre dal 2001 sulla base di una metodologia concordata con le Regioni.

Fonte: Ministero della Salute: Anno 2009 – dati NSIS, dati di consuntivo.

Per il 2010: dati estratti dal NSIS, IV trimestre al 25 marzo 2011. Tali dati potranno subire aggiornamenti e integrazioni in corso d'anno, prima della loro pubblicazione nella RGSEP.

la Salute dell'autunno 2006), che prevede di non riconoscere aprioristicamente risorse a piè di lista in favore di tutte le Regioni, ma di attribuire le stesse in funzione del concorso da parte delle singole Regioni nella formazione dei disavanzi, condizionando l'accesso ai finanziamenti aggiuntivi alla sottoscrizione di specifici Accordi volti al conseguimento di obiettivi di contenimento della dinamica dei costi.

Da rilevare, inoltre, che con il termine del periodo di vigenza dei preesistenti Piani di Rientro è venuto anche a cessare il trasferi-

mento da parte dello Stato del Fondo transitorio previsto dall'art. 1, comma 797, Legge 296/2006 e dal 2010, a seguito della sottoscrizione del Nuovo Patto per la Salute del 3 dicembre 2009, per il triennio 2010-2012, è entrato in vigore l'inasprimento delle misure sanzionatorie. Infatti:

1. ai sensi della procedura di diffida attivata ai sensi dell'art. 1, comma 174 della Legge 311/2004 e s.m.i., ai sensi delle modifiche introdotte alla disposizione dall'art. 2, comma 76 della Legge Finanziaria per l'anno 2010 (Legge 191/2009), per tutte

le Regioni, sulla base dei risultati di 4° trimestre dell'esercizio, verificati nell'esercizio successivo, qualora la Regione non adempia, predisponendo i necessari mezzi di copertura ivi inclusi gli aumenti delle aliquote fiscali, si applicano comunque automaticamente gli aumenti nella misura massima prevista dalla vigente normativa dell'Irap (+1%) e dell'addizionale Irpef (+0,5%). Inoltre, si applicano anche il blocco automatico del turnover del personale del SSN fino al 31 dicembre del secondo anno successivo a quello in corso e per il medesimo periodo il divieto di effettuare spese non obbligatorie;

2. ai sensi dell'art. 2, comma 77, della Legge Finanziaria per l'anno 2010 è fissato al 5% del finanziamento ordinario (comprensivo delle entrate proprie regionali) il livello del disavanzo superato il quale scatta inderogabilmente (anche se la Regione ha prodotto le necessarie coperture) l'obbligo della predisposizione di un Piano di Rientro. Tale obbligo scatta anche se la Regione ha un disavanzo inferiore al 5%, ma non dispone delle risorse per la copertura dello stesso;
3. ai sensi dell'art. 2, comma 79, della Legge Finanziaria 2010, qualora il Piano di Rientro presentato fosse inidoneo, ovvero in caso di mancata presentazione dello stesso, oltre all'applicazione, se già non intervenute delle sanzioni di cui al precedente punto 1) [incremento automatico delle aliquote fiscali, blocco del turnover e divieto di effettuare spese non obbligatorie] si aggiungono la nomina del Presidente della Regione quale commissario *ad acta* per la predisposizione e l'attuazione del Piano, la sospensione dei trasferimenti erariali a carattere non obbligatorio, la decadenza dei Direttori Generali, amministrativi e sanitari degli enti del Servizio Sanitario Regionale e dell'Assessorato alla Sanità e il superincremento delle aliquote fiscali, cioè ulteriore 0,15% di Irap e ulteriore 0,30% di addizionale Irpef;
4. ai sensi dell'art. 2, comma 83 della Legge Finanziaria per l'anno 2010, qualora dall'esito delle verifiche periodiche (tri-

mestrali e annuali) dei Piani di Rientro emerga l'inadempienza della Regione, la Regione interessata viene diffidata ad attuare il piano, adottando altresì tutti gli atti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali idonei a garantire il conseguimento degli obiettivi in esso previsti. In caso di perdurante inadempienza, il Consiglio dei Ministri, in attuazione dell'art. 120 della Costituzione, nomina il Presidente della Regione commissario *ad acta* per l'intera durata del Piano di Rientro. A seguito della deliberazione di nomina del commissario, oltre all'applicazione delle misure previste dall'art. 1, comma 174, della Legge 311 del 30 dicembre 2004, come da ultimo modificato dal citato comma 76 dell'art. 2 della Legge 191/09, in via automatica sono sospesi i trasferimenti erariali a carattere non obbligatorio, decadono, sempre in via automatica, i direttori generali, amministrativi e sanitari degli enti del SSR, nonché dell'assessorato regionale competente e con riferimento all'esercizio in corso alla data della delibera di nomina del commissario *ad acta*, sono incrementate in via automatica, in aggiunta alla massimizzazione delle aliquote fiscali, nelle misure fisse di 0,15 punti percentuali l'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive e di 0,30 punti percentuali l'addizionale all'Irpef rispetto al livello delle aliquote vigenti, secondo le modalità previste dall'art. 1, comma 174, della Legge 311 del 30 dicembre 2004, come da ultimo modificato dal citato comma 76.

L'analisi a livello territoriale dei ricavi del SSN evidenzia l'ampia variabilità esistente, tanto nella loro composizione per fonte, quanto nei valori procapite medi dei ricavi totali (*Tabella 4.4*). Rispetto alla prima, considerata la definizione normativa delle modalità di finanziamento del SSN, non stupisce osservare che la maggiore variabilità inter-regionale si osserva soprattutto nel peso relativo del contributo al finanziamento del SSN offerto dalle imposte (Irap e addizionale Irpef), superiore o prossimo al 40% in sole 5 Regioni (Lombardia, La-

Tabella 4.4. Ricavi del SSN (Anno 2010) [composizione per Regione]

Regione	Irap e addizionale Irpef (stima)	Fabbisogno sanitario ex D.Lgs. 56/2000	Ulteriori trasferi- menti da pubblico e da privato	Ricavi ed entrate proprie varie	Ricavi straordinari	Fsn e Quote vincolate a carico dello Stato	Totale
Piemonte	35,4%	52,4%	5,3%	4,2%	1,0%	1,7%	100%
Valle d'Aosta	34,1%	0,0%	61,0%	4,8%	0,0%	0,1%	100%
Lombardia	52,4%	40,9%	0,6%	4,2%	0,0%	1,9%	100%
PA di Bolzano	39,0%	0,0%	56,0%	4,3%	0,7%	0,1%	100%
PA di Trento	33,2%	0,0%	63,1%	3,5%	0,1%	0,1%	100%
Veneto	39,8%	52,2%	0,8%	4,7%	0,8%	1,7%	100%
Friuli	37,1%	0,0%	58,0%	4,6%	0,3%	0,1%	100%
Liguria	29,3%	61,8%	2,5%	3,7%	1,0%	1,7%	100%
Emilia Romagna	41,9%	48,2%	1,7%	6,0%	0,4%	1,7%	100%
Toscana	34,8%	55,0%	1,9%	5,9%	0,5%	1,8%	100%
Umbria	26,9%	66,7%	0,3%	3,8%	0,5%	1,8%	100%
Marche	30,5%	61,9%	1,7%	3,8%	0,3%	1,7%	100%
Lazio	44,2%	48,1%	1,5%	3,6%	0,6%	1,9%	100%
Abruzzo	23,3%	69,9%	0,4%	2,9%	1,6%	1,8%	100%
Molise	11,4%	83,6%	0,6%	2,2%	0,1%	2,0%	100%
Campania	17,8%	77,4%	0,2%	1,9%	0,6%	2,0%	100%
Puglia	16,9%	77,2%	1,2%	2,1%	0,7%	1,9%	100%
Basilicata	9,4%	85,8%	0,5%	2,3%	0,2%	1,9%	100%
Calabria	6,6%	84,6%	5,0%	1,7%	0,2%	1,8%	100%
Sicilia	21,1%	0,0%	48,2%	1,8%	0,3%	28,6%	100%
Sardegna	25,0%	0,0%	71,8%	2,3%	0,9%	0,1%	100%
Media Italia	33,5%*	48,6%	9,8%	3,7%	0,5%	3,8%	100%

* Di cui: 27,86% Irap; 5,67% add.le Irpef.

Fonte: Ministero della Salute: Anno 2009 – dati NSIS, dati di consuntivo.

Per il 2010: dati estratti dal NSIS, IV trimestre al 25 marzo 2011. Tali dati potranno subire aggiornamenti e integrazioni in corso d'anno, prima della loro pubblicazione nella RGSEP.

zio, Emilia Romagna, Veneto e Piemonte, in ordine decrescente di quota percentuale), cui corrisponde di converso la quota minima dell'integrazione statale ex D.Lgs. 56/2000, relativamente molto elevata nelle Regioni a minore reddito (e superiore all'80% in Calabria, Basilicata e Molise). Significativa, inoltre, la variabilità della quota di ricavi regionali provenienti da entrate proprie, molto influenzata dalla percentuale di popolazione esente dalla partecipazione al costo delle prestazioni, che quindi rispecchia la diversità dei livelli di reddito della popolazione, ma in parte anche dei livelli di capacità regionale di gesti-

re la partecipazione al costo delle prestazioni.

Rispetto ai valori procapite medi dei ricavi totali, la forbice va dal valore minimo registrato nel 2010 in Campania (1.701 euro) al valore massimo registrato dalla Valle d'Aosta (2.267 euro). Escludendo le Regioni a statuto speciale, gli scostamenti si riducono e tendono a riflettere la diversa composizione per età della popolazione regionale assistita, principale *driver* per la stima dei fabbisogni finanziari per il SSN sottostante la ripartizione inter-regionale delle risorse. Le diversità regionali appaiono tuttavia in maniera molto marcata, soprattutto quan-

do si analizzano i costi del SSN, dai quali emergono i diversi modelli erogativi adottati (*Tabella 4.5*). La variabilità della composizione dei costi evidenzia innanzitutto il diverso peso riservato ai servizi sanitari erogati dagli erogatori pubblici rispetto a quelli acquistati da erogatori privati. Rispetto a una suddivisione media nazionale 60-40, si evidenziano due modelli estremi, laddove in sei Regioni (Valle d'Aosta, PA di Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Toscana, Umbria e Marche) vi è una netta prevalenza del ricorso agli erogatori a gestione di-

retta (i cui costi superano il 70% del totale) e in quattro è, invece, relativamente molto importante il ricorso a erogatori privati (Lombardia, Lazio, Puglia e Sicilia). All'interno della quota di costi per servizi acquistati, inoltre, si evidenziano ulteriormente diversi modelli erogativi e livelli di governo dei costi, in particolare se si considera il peso relativo di voci quali:

- *l'assistenza farmaceutica* territoriale (in media pari a 181 euro procapite nel 2010), rispetto alla quale si passa da realtà regionali nelle quali i costi corri-

Tabella 4.5. Costi del SSN – Composizione per funzione di spesa (Anno 2010)

Regione	Assistenza erogata da Enti a gestione diretta						Totale	
	Personale	Beni (1)	Altri servizi sanitari e non sanitari (2)	Compartecipazioni per intramoenia	Altro	%	Euro procapite	
Piemonte	34,3%	14,5%	12,0%	1,2%	3,0%	65,0	1.266	
Valle d'Aosta	40,5%	13,7%	21,4%	1,1%	2,9%	79,6	1.748	
Lombardia	28,5%	11,6%	11,4%	1,3%	3,5%	56,2	1.027	
PA di Bolzano	49,1%	12,8%	12,3%	0,1%	3,2%	77,5	1.711	
PA di Trento	36,9%	11,6%	12,4%	0,8%	3,5%	65,2	1.369	
Veneto	30,8%	13,3%	15,6%	1,1%	3,2%	64,0	1.177	
Friuli	38,3%	14,8%	16,9%	1,0%	4,3%	75,3	1.524	
Liguria	35,5%	14,0%	13,6%	1,0%	3,8%	67,8	1.392	
Emilia Romagna	35,0%	14,0%	14,1%	1,3%	3,8%	68,2	1.332	
Toscana	36,2%	17,3%	14,9%	1,3%	3,7%	73,5	1.426	
Umbria	37,3%	15,7%	15,8%	0,9%	3,7%	73,4	1.340	
Marche	36,6%	16,7%	13,2%	1,0%	4,4%	72,0	1.315	
Lazio	27,4%	11,6%	13,8%	1,0%	4,5%	58,3	1.149	
Abruzzo	32,7%	14,6%	12,2%	0,6%	7,5%	67,7	1.206	
Molise	32,1%	12,9%	10,3%	0,3%	5,7%	61,2	1.258	
Campania	32,0%	10,8%	11,4%	0,5%	7,2%	61,8	1.071	
Puglia	29,8%	14,7%	10,2%	0,6%	4,3%	59,6	1.068	
Basilicata	37,2%	14,6%	11,3%	0,4%	3,8%	67,3	1.207	
Calabria	37,0%	11,6%	8,5%	0,2%	6,0%	63,5	1.086	
Sicilia	34,7%	10,8%	7,6%	0,5%	6,0%	59,6	1.015	
Sardegna	37,3%	15,5%	11,8%	0,4%	4,3%	69,3	1.284	
Totale	32,7%	13,1%	12,4%	0,9%	4,4%	63,5	1.179	

Non si ricomprendono:

- i valori della mobilità passiva inter-regionale e infraregionale;

- le voci introdotte dalla contabilità economica: "Ammortamenti", "Svalutazione crediti", "Svalutazione attività finanziarie".

(1) Non sono compresi i costi di acquisto di materiali per manutenzione (in Altri servizi).

(2) Consulenze, Trasporti Sanitari, Formazione, Servizi Non Sanitari, Appaltati, Manutenzione e Riparazione (compresi

spondenti non raggiungono il 10% del totale a realtà nelle quali, viceversa, arrivano a superare il 12% (arrivando alla punta del 12,7% rilevata nel 2010 in Calabria);

- l'assistenza specialistica ambulatoriale (72 euro procapite), per la quale la divisione appare tra le realtà nelle quali non si raggiunge il 2% del totale e quelle nelle quali si supera il 4% (fino ai casi estremi della Campania e della Sicilia, dove si raggiunge, rispettivamente, il 7,1% e il 5,8%);
- l'assistenza ospedaliera (149 euro procapite), rispetto alla quale 4 Regioni sostengono costi in proporzione superiori al 10%, a fronte di 8 Regioni nelle quali non si arriva al 5%;
- l'altra assistenza (104 euro procapite), che oltre all'assistenza termale includono anche la medicina dei servizi, la psichiatria, l'assistenza agli anziani, ai tossicodipendenti e agli alcolisti), alla quale solo 8 Regioni, peraltro concentrate nel Nord Italia, destinano più del 5% dei costi sanitari totali.

	Assistenza erogata da Enti privati convenzionati e accreditati							TOTALE COSTI senza saldi mobilità inter-regionale e verso B. Gesù e Smom			
	Medicina generale	Farmaceutica	Specialistica	Riabilitativa	Integrativa e protesica	Altra assistenza (3)	Ospedaliera	Totale		%	Euro procapite
								%	Euro procapite		
	5,4%	9,0%	3,3%	2,0%	2,3%	6,5%	6,4%	35,0	681	100,0	1.947
	5,1%	7,6%	0,8%	1,6%	0,9%	2,9%	1,5%	20,4	447	100,0	2.195
	5,0%	8,8%	4,7%	1,4%	1,3%	9,4%	13,3%	43,8	800	100,0	1.827
	4,8%	5,5%	0,5%	0,6%	3,4%	5,5%	2,1%	22,5	496	100,0	2.207
	5,1%	7,0%	2,3%	0,3%	1,9%	13,1%	5,0%	34,8	731	100,0	2.100
	6,0%	8,3%	4,0%	0,4%	1,5%	9,4%	6,4%	36,0	662	100,0	1.839
	5,1%	9,2%	2,0%	2,4%	1,9%	1,9%	2,4%	24,7	501	100,0	2.025
	4,9%	9,1%	1,7%	2,9%	1,2%	5,5%	6,9%	32,2	661	100,0	2.053
	6,0%	8,4%	2,0%	0,1%	1,4%	7,1%	6,9%	31,8	621	100,0	1.953
	5,5%	8,4%	1,9%	1,1%	1,0%	5,4%	3,1%	26,5	515	100,0	1.941
	5,5%	9,6%	1,0%	0,5%	2,4%	5,0%	2,5%	26,6	485	100,0	1.825
	5,9%	10,0%	1,5%	2,4%	0,8%	3,8%	3,6%	28,0	512	100,0	1.827
	5,3%	10,6%	4,8%	2,0%	2,1%	4,2%	12,7%	41,7	822	100,0	1.971
	6,4%	11,2%	2,1%	3,0%	1,1%	3,7%	5,0%	32,3	576	100,0	1.782
	7,7%	8,6%	4,8%	2,3%	1,0%	3,0%	11,5%	38,8	797	100,0	2.055
	6,4%	10,6%	7,1%	2,8%	1,7%	1,7%	7,8%	38,2	661	100,0	1.731
	6,7%	11,9%	3,3%	3,4%	1,7%	3,2%	10,2%	40,4	725	100,0	1.793
	7,8%	10,2%	2,6%	5,7%	2,7%	3,3%	0,5%	32,7	587	100,0	1.795
	7,2%	12,7%	3,4%	1,8%	1,9%	3,6%	5,9%	36,5	625	100,0	1.711
	6,8%	12,0%	5,8%	1,9%	2,2%	3,9%	7,9%	40,4	687	100,0	1.702
	6,2%	11,2%	3,6%	1,7%	2,1%	2,9%	3,0%	30,7	569	100,0	1.854
	5,8%	9,8%	3,9%	1,8%	1,7%	5,6%	8,0%	36,5	678	100,0	1.858

i costi di acquisto di materiali per manutenzione), Godimento di Beni di Terzi, Oneri Diversi di Gestione.

(3) Termale, Medicina dei Servizi, Psichiatria, Anziani, Tossicodipendenti e Alcolisti, Contributi e Sussidi Vari, Rimborsi. Fonte: Ministero della Salute: Anno 2009 – dati NSIS, dati di consuntivo.

Per il 2010: dati estratti dal NSIS, IV trimestre al 25 marzo 2011. Tali dati potranno subire aggiornamenti e integrazioni in corso d'anno, prima della loro pubblicazione nella RGSEP.

4.2. Risorse umane e formazione continua in medicina

4.2.1. Il personale delle strutture sanitarie

In Italia, complessivamente, nel 2009 sono state rilevate 812.263 unità di personale operante quotidianamente nelle diverse strutture pubbliche, ospedaliere e territoriali e nelle case di cura private convenzionate regionali.

In particolare, sono 150.636 le unità appartenenti al ruolo tecnico (assistenti sociali, collaboratori, analisti, ausiliari e molti altri operatori); sono 94.481 nel ruolo amministrativo e 2.574 nel ruolo professionale (architetti, avvocati, ingegneri, religiosi, geologi). Infine, sono in totale 575.999 coloro che lavorano nel ruolo sanitario (medici e odontoiatri, veterinari, farmacisti, biologi, chimici, tecnici sanitari, terapisti, infermieri e tante altre figure). Nell'ambito del ruolo sanitario il personale medico è

costituito da 144.068 unità e quello infermieristico da 311.188.

Il rapporto fra infermieri e medici, a livello nazionale, si attesta sul valore di circa 2,2 infermieri per ogni medico (*Tabella 4.6*).

Per quanto riguarda il personale medico, a partire dal 2008 è possibile disporre dei dati relativi alle specialità in base alle quali esercitano la professione nell'ambito delle seguenti strutture sanitarie: Aziende Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere Universitarie, IRCCS pubblici (*Tabella 4.7*).

4.2.2. Formazione Continua in Medicina

La Commissione Nazionale per la Formazione Continua in Medicina (ECM) ha delineato tra gli obiettivi di particolare rilievo per il SSN e per i SSR la formazione conti-

Tabella 4.6. Personale operante nelle strutture sanitarie pubbliche, equiparate alle pubbliche e private accreditate (Anno 2009)

	Ruolo				TOTALE	di cui	
	Sanitario	Professionale	Tecnico	Amministrativo		Medici e odontoiatri	Personale infermieristico
ASL	300.756	1.132	74.108	54.934	430.930	71.213	169.261
di cui Ospedali a gestione diretta	241.668	2.395	54.976	18.736	317.775	59.439	150.213
Aziende Ospedaliere	118.443	346	31.631	15.302	165.722	29.173	72.119
Aziende Ospedaliere Universitarie	56.483	379	15.427	8.498	80.787	16.491	31.226
Altre strutture equiparate alle pubbliche	43.029	237	11.891	7.498	48.700	6.805	12.974
Case di cura private accreditate	57.288	480	17.579	8.249	86.124	20.386	25.608
Totale	575.999	2.574	150.636	94.481	812.263	144.068	311.188

In questa tabella è ricompreso il personale universitario e sono comprese le qualifiche atipiche.

Le Aziende Ospedaliere Universitarie sono le Aziende Ospedaliere integrate con il SSN, le Aziende Ospedaliere integrate con l'Università e i Policlinici universitari privati.

Le altre strutture di ricovero equiparate alle pubbliche comprendono gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, gli Ospedali classificati o assimilati, gli Istituti privati qualificati presidio ASL e gli Enti di Ricerca.

Il personale in servizio in tali Istituti è costituito da personale dipendente, cioè unità con rapporto d'impiego con l'Istituto, personale con altro tipo di rapporto, cioè unità in servizio presso la struttura e dipendente da altre istituzioni oppure a rapporto di collaborazione professionale coordinativa e continuativa.

Fonte: Ministero della Salute – Sistema Informativo Sanitario.

Tabella 4.7. Distribuzione del personale medico per specialità e tipo di contratto – 31 dicembre 2008 (ASL, Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere Universitarie, IRCCS pubblici)

Descrizione specializzazione	Totale	Di cui uomini %	Descrizione specializzazione	Totale	Di cui uomini %
Allergologia e immunologia clinica	174	59,8	Medicina fisica e riabilitazione	1.339	50,3
Anatomia patologica	1.052	51,0	Medicina interna	8.088	61,6
Anestesia e rianimazione	10.106	54,6	Medicina legale	828	67,0
Audiologia e foniatria	54	74,1	Medicina nucleare	457	66,7
Biochimica clinica	167	56,3	Medicina tropicale	11	54,5
Cardiochirurgia	467	91,2	Microbiologia e virologia	383	49,1
Cardiologia	5.454	71,3	Nefrologia	2.084	63,3
Chirurgia dell'apparato digerente	107	79,4	Neurochirurgia	799	83,5
Chirurgia generale	7.154	84,6	Neurofisiopatologia	132	59,8
Chirurgia maxillo-facciale	233	91,4	Neurologia	1.690	59,4
Chirurgia pediatrica	298	78,9	Neuropsichiatria infantile	1.015	31,4
Chirurgia plastica e ricostruttiva	357	77,0	Oftalmologia	1.668	73,8
Chirurgia toracica	289	83,7	Oncologia	1.385	52,1
Chirurgia vascolare	602	85,9	Ortopedia e traumatologia	4.115	91,1
Dermatologia e venereologia	645	67,8	Otorinolaringoiatria	1.596	84,2
Ematologia	1.226	52,6	Patologia clinica	1.876	52,9
Endocrinologia e malattie del ricambio	545	58,9	Pediatria	4.140	42,6
Farmacologia	401	52,1	Psichiatria	5.014	54,6
Gastroenterologia	987	71,2	Psicologia clinica	161	46,0
Genetica medica	53	56,6	Radiodiagnostica	5.492	63,2
Geriatrica	1.325	61,5	Radioterapia	555	57,5
Ginecologia e ostetricia	5.161	62,1	Reumatologia	154	61,0
Igiene e medicina preventiva	3.856	56,7	Scienza dell'alimentazione	153	54,2
Malattie dell'apparato respiratorio	1.482	73,1	Tossicologia medica	111	56,8
Malattie infettive	1.136	62,0	Urologia	1.716	91,8
Medicina del lavoro	1.295	60,5	Altre specializzazioni	10.407	60,7
Medicina dello sport	154	85,1	Senza specializzazione	4.402	60,9
Medicina di comunità	173	53,2	Totale	104.724	63,9

Fonte: Elaborazione su dati della Tabella 1.F – Conto Annuale 2009.

na quale strumento di orientamento e di aggiornamento da rivolgere ai professionisti sanitari per concorrere al raggiungimento delle priorità definite nell'interesse del SSN. Il Nuovo Sistema di Formazione Continua è stato avviato in prima fase come unica tipologia a cui sono stati applicati i nuovi obiettivi già dal 2010 con l'accreditamento dei provider che erogano la formazione a distanza.

Le aree di riferimento per l'accreditamento dell'offerta formativa ECM riguardano:

- l'umanizzazione delle cure: trattamento del dolore acuto e cronico; palliazione;
- la qualità dei sistemi e dei processi clinico-assistenziali: applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'*Evidence-Based Practice* (EBM, EBN, EBP); appropriatezza delle prestazioni sanitarie nei LEA; sistemi di valu-

tazione, verifica e miglioramento dell'efficienza ed efficacia; aspetti relazionali (comunicazione interna ed esterna con il paziente) e umanizzazione delle cure;

- la conoscenza in tema di competenze specialistiche: contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, specializzazione e attività ultraspecialistica.

In relazione alle aree sopraindicate, le attività formative riconducibili alle priorità di interesse del SSN, utilizzando la formazione a distanza, hanno registrato per il 2011 un notevole incremento: dalle 119 richieste di accreditamento del 2010 (partecipanti previsti 180.000 circa) sono state proposte, per il 2011, oltre 450 richieste di accreditamento (partecipanti previsti 880.000 circa).

L'umanizzazione delle cure, la qualità dei sistemi e dei processi clinico-assistenziali e la conoscenza in tema di competenze specialistiche sono state oggetto di particolare attenzione da parte dei provider che hanno pianificato attività formative per il 2011.

Per quanto concerne, infatti, le altre tipologie formative, le attività residenziali proposte per il 2011 sono quantificate, a oggi, in circa 6.000 eventi residenziali.

Vanno aggiunte le richieste effettuate con il sistema di accreditamento sperimentale per eventi, ancora in corso, in base al quale è stata stimata una partecipazione di circa 480.000 professionisti sanitari.

Sempre con riferimento alle aree inerenti all'accREDITamento dell'offerta formativa ECM, da evidenziare sono gli eventi che utilizzano la formazione sul campo: risultano essere presenti nei piani formativi dei provider per il 2011, a oggi, oltre 100 progetti, con una partecipazione prevista di oltre 3.000 professionisti sanitari.

4.2.3. I percorsi formativi promossi dal Ministero della Salute in coerenza con le aree di particolare rilievo per il SSN

Fra le tematiche affrontate, per l'aggiornamento continuo (ECM) nell'anno 2010 è stato individuato il trattamento del dolore acuto e cronico, palliazione.

Trattamento del dolore acuto e cronico. Palliazione. Come noto, nell'esperienza medica il dolore rappresenta una tra le manifestazioni più importanti della malattia; inoltre, fra i sintomi è quello che tende a minare maggiormente la qualità della vita. Una sua gestione errata o del tutto assente crea conseguenze fisiche, psicologiche e sociali molto importanti e, se si calcolano le giornate lavorative perse, comporta un'importante ricaduta economica.

Se a questo si aggiunge che la forma di dolore più invalidante – quella cronica – colpisce circa il 25-30% della popolazione, si comprende come l'assistenza di questo aspetto clinico sia una vera e propria priorità per il nostro sistema sanitario.

La nuova Legge sulle cure palliative e terapia del dolore approvata il 9 marzo 2010, fortemente voluta dal Ministero della Salute, permette di realizzare una vera e propria rivoluzione nella gestione del dolore, che coinvolge tutti i livelli assistenziali e le diverse professionalità sanitarie.

Le molteplici novità introdotte riguardano anzitutto la costruzione di una rete territoriale di strutture sanitarie e di assistenza domiciliare: viene attribuito un ruolo fondamentale ai medici di medicina generale (MMG) che, in base alla zona di loro competenza, sono organizzati in Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e presteranno le cure antalgiche alla maggior parte dei propri assistiti, mentre i casi più gravi verranno indirizzati al Centro di Terapia del Dolore (Hub) attivo sul territorio, oppure negli Ambulatori di terapia antalgica (Spoke).

Novità sono introdotte anche sulle modalità di prescrizione degli oppiacei, con l'eliminazione del ricettario speciale e la prescrizione mediante semplice ricetta del medico di famiglia, nella redazione della cartella clinica ospedaliera sulla quale medici e infermieri dovranno misurare e riportare il livello di dolore, a livello di formazione accademica con l'istituzione di specifici percorsi universitari e master *ad hoc*, al fine di creare nuove professionalità sempre più specializzate.

Come per qualsiasi innovazione in ambito

clinico, anche il successo di questo percorso dipenderà dalla competenza e dalla motivazione delle professionalità chiamate a collaborare e a rendere realizzabile questo cambiamento di scenario: da tempo è infatti noto che le migliori possibilità di cambiamento si realizzano solo quando, a livello formativo, si creano le condizioni che favoriscono la propensione e la motivazione a migliorare le proprie performance professionali, fattori che aumentano ancora di più se si percepisce che l'attività formativa concorre a raggiungere risultati positivi anche "misurabili" (outcome).

Il percorso formativo, promosso dalla Commissione sulla Terapia del Dolore e Cure Palliative istituita presso il Ministero, propone un manuale che intende fornire le principali basi cognitive dei vari aspetti del tema "dolore" e attività didattiche residenziali preposte alla diffusione del contenuto formativo con l'obiettivo di procedere secondo un modello "progressivo" ormai collaudato: creare un gruppo di "formatori" che poi in modo capillare, nelle sedi periferiche di lavoro, possano incontrare i colleghi seguendo un approccio formativo di tipo tutoriale che preveda la possibilità, per ciascun MMG, di valutare le proprie performance e confrontarsi "tra pari" (audit) per raggiungere il cambiamento ai livelli desiderati.

Il progetto prevede dunque la "formazione dei formatori" (*train-the-trainers*) che, attentamente supervisionati, avranno poi la responsabilità di attuare gli interventi educativi in favore dei colleghi. È prevista, infine, una fase di valutazione di tutto il processo formativo (*outcome evaluation*) basata su indicatori non tanto di conoscenze, quanto di performance e di esiti.

In ambito pediatrico il progetto presenta criticità e peculiarità tali da rendere necessario un modello organizzativo specifico che prevede l'organizzazione di centri di riferimento di terapia del dolore pediatrici (Hub) per problemi specialistici su macroarea ospedaliera e territoriale e l'abilitazione di pediatri ospedalieri e di famiglia, in rete con il centro di riferimento, alla gestione dell'ampia parte delle situazioni dolorose di più facile gestione.

L'attuazione di questo progetto è quindi strutturata in due fasi: la prima consiste in una sperimentazione condotta in quattro Regioni (Emilia Romagna, Veneto, Lazio e Sicilia) con il coordinamento della Regione Emilia Romagna.

La seconda fase ha l'obiettivo di migliorare l'approccio al paziente con dolore acuto e cronico da parte dei pediatri attraverso la formazione.

4.2.4. I percorsi formativi promossi dal Dipartimento per la Sanità Pubblica Veterinaria, la Nutrizione e la Sicurezza degli Alimenti

La formazione specifica in ambito veterinario è regolamentata da norme nazionali e comunitarie.

Il Dipartimento per la Sanità Pubblica Veterinaria, la Nutrizione e la Sicurezza degli Alimenti ha il compito di promuovere e sviluppare, nell'ambito delle proprie competenze, le attività di formazione del personale. L'individuazione degli argomenti da trattare nei percorsi formativi annuali si effettua essenzialmente in base a tre priorità:

- stato zoosanitario del Paese e/o dei Paesi confinanti e/o che si affacciano nel bacino del Mediterraneo;
- evoluzione della legislazione nazionale e comunitaria;
- particolari esigenze formative evidenziate dalle Direzioni Generali del Dipartimento, estrapolate da un continuo confronto con le Regioni.

Le citate priorità, per il biennio 2009-2010, hanno prodotto 11 corsi, dei quali 3 termineranno nel 2011.

In linea generale, l'obiettivo dei corsi promossi dal Dipartimento è stato consentire un aggiornamento continuo e dinamico al personale del servizio sanitario del Paese e dell'Autorità Centrale, che ha saputo rispondere, tempestivamente e nel rispetto delle normative nazionali e comunitarie, alle sempre più frequenti emergenze sanitarie e alimentari, cercando di adattarsi il più possibile alle diverse esigenze legate alla notevole eterogeneità del territorio nazionale e

comunitario. In questo modo si è contribuito ad assicurare adeguati livelli di sicurezza alimentare per i cittadini dell'Unione Europea (UE).

Si è inoltre evidenziata un'adesione alle singole attività formative, in relazione alla specificità di attività dei partecipanti, superando il concetto dell'"accumulare crediti ECM", a favore di una necessità formativa su base specialistica. Ciò anche grazie a una stretta collaborazione fra il Dipartimento e le Regioni, che ha permesso, qualora ve ne fosse stata la necessità, di selezionare il personale in base a precise esigenze formative.

Questo aspetto ha portato come risultato una maggiore applicabilità "in campo" delle nozioni apprese, con conseguente modifica, nel limite del possibile, dell'impostazione dell'attività e, aspetto non trascurabile, della trasmissione di tali nozioni al personale.

Nel citato biennio 2009-2010 il Dipartimento ha anche dovuto provvedere a organizzare, al di fuori della programmazione annuale, percorsi formativi al fine di ottemperare a specifiche osservazioni del *Food Veterinary Office* (FVO), organo di controllo della Commissione Europea, DG per la Salute e la Protezione dei Consumatori (DG SANCO) rivolta al personale delle Autorità competenti dei Paesi membri e di alcuni Paesi terzi, per il quale il Dipartimento svolge un ruolo determinante, in quanto coinvolto attivamente, come *National Contact Point*, garantendo una continuità tra la formazione comunitaria e la formazione promossa a livello nazionale.

Tali percorsi hanno la finalità di trasmettere un insieme di azioni, di interpretazione e di applicazione della legislazione comunitaria, favorendo il confronto tra realtà completamente diverse, fattore senz'altro fondamentale per una proficua crescita professionale unitamente alla consapevolezza di lavorare in ambito europeo o addirittura mondiale.

Il Dipartimento sposa il concetto della formazione di formatori da un punto di vista scientifico, in linea con la politica di formazione comunitaria. Un esempio fra tutti

è il corso sui controlli sugli alimenti della prima infanzia. Un primo corso è stato erogato nel novembre 2010, esclusivamente per il personale delle Regioni, presso la sede del Ministero. A questo seguiranno, nel biennio 2011-2012, altre edizioni destinate al personale delle Aziende Sanitarie Locali al fine di integrare le Regioni nell'opera di formazione del personale addetto ai controlli su tali alimenti.

L'Ordinanza Ministeriale del 3 marzo 2009, al fine di prevenire gli episodi incrementati di aggressioni di cani nei confronti di persone, alcune volte anche con esiti fatali, prevede l'istituzione, da parte dei Comuni, di percorsi formativi per i proprietari e detentori di cani, in quanto responsabili, sia civilmente sia penalmente, non solo del benessere dell'animale, ma anche di eventuali danni a persone, animali o cose. La finalità di questi corsi di formazione è fornire le basi conoscitive di comportamento e di etologia degli animali e quindi le basi di educazione dei cani, molto spesso sufficienti a limitare gran parte degli episodi di aggressione. Al termine di questi percorsi formativi i partecipanti ottengono un attestato denominato patentino. A tale scopo il Dipartimento ha contribuito alla formazione, in collaborazione con il Centro di Referenza per la Formazione in Sanità Pubblica Veterinaria, di veterinari professionisti, esperti in comportamento animale, in modo da costituire un elenco di formatori al quale potessero attingere i Comuni per l'organizzazione di questa tipologia di corsi.

In considerazione dell'organizzazione del SSN, della sua capillare distribuzione sul territorio nazionale e delle esigenze formative in termini numerici, il Dipartimento ha, pertanto, la possibilità di adattare le caratteristiche dei corsi ai prima citati fattori, utilizzando varie forme di attività didattica quali quelle tradizionali (in aula), la videoconferenza, oppure la formazione a distanza, *e-Learning*. Com'è noto, quest'ultima modalità permette di formare molto più personale a fronte di un costo, in proporzione, sicuramente inferiore rispetto alla formazione tradizionale, oltre a consentire la piena libertà di scelta dei momenti da de-

dicare allo studio, ripercuotendosi il meno possibile sulle attività lavorative, che sappiamo essere in sempre maggiore difficoltà a causa delle continue emergenze.

Tutti i corsi, infatti, sono stati impostati attraverso la prima citata formula dell'alternanza di lezioni teoriche e gruppi di lavoro, con successiva discussione, individuando come tematiche prioritarie le problematiche della pratica lavorativa quotidiana e la loro risoluzione che il veterinario, o comunque l'ispettore, possono affrontare, anche in base a un'omogenea interpretazione della legislazione comunitaria. Questo ha comportato l'immediata capacità di attuare le nozioni apprese al lavoro quotidiano da parte di gran parte dei discenti.

Questo progetto di formazione è iniziato nel 2006 e vede una continua crescita di investimento economico e capacità formativa, non solo in termini numerici, ma anche qualitativi. A fronte di 16 corsi e 143 persone formate nel biennio precedente, nel successivo biennio 2009-2010 sono stati organizzati ed erogati 24 corsi, suddivisi in varie edizioni, con la partecipazione di 209 professionisti appartenenti al SSN, al Ministero della Salute (degli uffici sia centrali sia periferici), al Ministero delle Politiche Agricole, Alimentari e Forestali e agli Istituti Zooprofilattici Sperimentali (IZS).

Al fine di non limitare l'arricchimento culturale ai soli partecipanti, questi ultimi hanno il compito di provvedere alla divulgazione, a livello locale, delle nozioni apprese, oppure possono essere coinvolti dal Dipartimento in specifici programmi di formazione, dando priorità a tematiche per le quali si evidenzia una carenza formativa a fronte del cambiamento legislativo, oppure in base a specifiche richieste della stessa Commissione Europea o delle Regioni.

4.2.5. Professioni sanitarie in evoluzione

Riforma dello stato giuridico dei docenti, dipendenti del SSN, nei corsi di studio delle professioni sanitarie. La collocazione della formazione delle professioni sanitarie nel sistema universitario si è attuata con il

D.Lgs. 502/1992 (art. 6, 3° comma) attraverso la configurazione di una sua specificità che, pur essendo a tutti gli effetti di tipo accademico, mantiene alcune positività del precedente sistema formativo:

- la formazione continua a svolgersi, laddove le professioni sanitarie operano prevalentemente, ovvero all'interno dei servizi, delle strutture e dei presidi del SSN;
- i docenti continuano a essere dipendenti del ruolo sanitario del SSN.

Il giusto equilibrio tra l'inserimento della formazione delle professioni sanitarie nel sistema universitario e il mantenimento dell'apporto di risorse strumentali, umane ed economiche da parte del SSN è fulcro intorno al quale si è realizzato questo epocale passaggio da un sistema formativo "anomalo", quale era quello precedente, a quello attuale.

Le sedi formative dei corsi di laurea delle professioni sanitarie, pertanto, assolvono il mandato di formazione universitaria integrandola allo stesso tempo con le esigenze di alta e specifica formazione dei professionisti per la salute. La progressiva evoluzione universitaria del sistema formativo delle professioni sanitarie, in particolare, il passaggio dal diploma universitario al diploma di laurea e all'istituzione della laurea magistrale, di master e dottorati di ricerca, pone la necessità di riconoscere il ruolo dei docenti del SSN, che risultano essere in numero prevalente tra i professori dei corsi di laurea.

Il progressivo passaggio dalle Scuole Universitarie per Dirigente dell'Assistenza Infermieristica e per Infermiere Insegnante Dirigente ai corsi di laurea, la "cultura" del *Nursing* e del *Midwifery* delle Scienze infermieristiche e ostetriche delineano il percorso verso la definitiva titolarità accademica. L'infermieristica, ormai, possiede una dimensione disciplinare espressa nelle sue teorie, nella propria produzione scientifica indipendente e nella capacità di governo della propria prassi professionale.

Questo sviluppo disciplinare può, pertanto, trovare adeguato sbocco nelle forme proprie del sistema universitario, tale per cui l'Italia può essere inserita a pieno titolo nell'Europa e nel resto del mondo.

La disciplina dello stato giuridico dei docenti ha quindi lo scopo di realizzare le condizioni per le quali il ruolo dei professionisti delle Aziende Sanitarie, coinvolti nel tutorato professionale a tempo pieno e in qualità di docenti, sia riconosciuto al fine di garantire stabilità e continuità nell'incarico con le stesse modalità previste per i dipendenti dagli Atenei.

Questa scelta strategica conferma che il SSN svolge, oltre e insieme alle sue funzioni di prevenzione, cura e riabilitazione, anche attività di didattica e di ricerca biomedica. In altri termini, riconoscere in via legislativa il ruolo dei docenti svolto da dipendenti SSN comporta una modifica legislativa dello stato giuridico del personale, che preveda anche che gli stessi docenti partecipino alla vita degli organi del corso di studio e, nel rispetto dello specifico statuto, anche alle attività delle facoltà, in linea con le prescrizioni indicate dal 3° comma dell'art. 6 del D.Lgs. 502/1992.

Funzioni del servizio sociale professionale in sanità. Con la Legge 328/2000 lo Stato conferma la volontà di perseguire l'obiettivo della salute dei cittadini già dichiarato nella Legge 833/1978, disponendo che gli interventi di natura sociale avvengano a forte integrazione con quelli sanitari. La citata Legge 328/2000, all'art. 22, stabilisce che tra i servizi essenziali che lo Stato è obbligato a garantire ai cittadini vi è il Servizio Sociale Professionale. Servizio che riconosce la centralità delle competenze e delle funzioni dell'Assistente Sociale, professionista che si prende cura del disagio dell'individuo, della famiglia e/o della comunità e coniuga il mandato professionale, stabilito dalla Legge e dal Codice Deontologico, con il mandato istituzionale di contribuire ad assicurare la salute della persona mediante l'individuazione e l'attuazione di azioni di protezione sociale tese a prevenire o a limitare i rischi connessi al disagio sociale, che possano pregiudicare il pieno successo dei trattamenti sanitari o favoriscano l'instaurarsi della malattia. Ai fini di individuare percorsi e azioni condivise per promuovere e valorizzare il Servizio Sociale Profes-

sionale nel SSN, finalizzato a una concreta riorganizzazione dei servizi, nella logica di una corretta integrazione sociosanitaria nel territorio, è stato istituito un Tavolo Tecnico tra il Ministero della Salute, Coordinamento degli Assessori dei Servizi Sociali e altri Dicasteri. La suindicata Legge ha stabilito che il Servizio Sociale Professionale assicuri l'efficacia e l'efficienza degli interventi, relativamente alla presa in carico globale della persona, al fine di incidere in modo significativo sul benessere della popolazione. La medesima norma individua un modello di intervento basato su un concetto multidimensionale e integrato di salute, anche in considerazione della specificità professionale, insita nella formazione, nonché dei compiti e funzioni dell'Assistente Sociale. Il Servizio Sociale Professionale nel SSN, pertanto, ha il compito di mettere in rete tutte le risorse presenti sul territorio, al fine di garantire interventi integrati e sinergici, svolgendo un ruolo di regia dei processi in ambito sanitario e sociosanitario, facendosi promotore di strategie di razionalizzazione e integrazione fra il sistema sanitario e sociale, in un'ottica di raccordo continuativo con gli organismi del terzo settore e del volontariato, in conformità agli obiettivi del vigente Piano Sanitario di integrazione tra ospedale e territorio. Il Servizio Sociale Professionale, come prevedono gli artt. 1 e 7 della Legge 251/2000, va istituito e posto in staff alla Direzione di Azienda, Aziende Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere, altre strutture sanitarie pubbliche e private accreditate (Aziende Universitarie, Policlinici Universitari, Strutture Pubbliche equiparate-Fondazioni, Istituti di Ricerca ecc.), nell'Atto di Autonomia Aziendale, in rapporto alla tipologia dell'Ente, attraverso la costituzione di strutture dirigenziali operative di Servizio Sociale Professionale, qualificate come unità organizzative, complesse o semplici. In queste strutture afferisce il personale appartenente al profilo della professione e personale di supporto. A tale proposito diventa strategico prevedere la figura dirigenziale dell'assistente sociale nell'ambito del Servizio Sociale Professionale. Il Servizio Sociale Pro-

fessionale in sanità lavora nei diversi livelli di integrazione: dalla predisposizione di protocolli d'intesa tra Enti istituzionali ai protocolli operativi di diversi percorsi di presa in carico per determinati bisogni di salute, alla predisposizione dei progetti individualizzati di presa in carico, il lavoro diretto con i cittadini, sino alla stretta promozione/collaborazione con l'associazionismo per favorire la presentazione delle istanze ai livelli precedenti. È evidente che si tratta di una riorganizzazione funzionale e operativa atta a garantire una risposta unitaria e globale che eviti soprattutto "sprechi, sovrapposizioni e percorsi inutili", attraverso una razionalizzazione delle risorse, l'individuazione di percorsi assistenziali idonei e personalizzati con la corretta programmazione dei servizi.

Tavolo Ministero-Regioni su ruolo, funzioni, formazione e programmazione del fabbisogno dell'operatore sociosanitario.

Particolare attenzione è stata dedicata alla questione degli oltre 180.000 operatori sociosanitari attraverso l'istituzione di uno specifico Tavolo Tecnico tra Ministero della Salute, Regioni, Sindacati, IPASVI e MIGEP per verificarne, a dieci anni dall'istituzione di questo profilo, il ruolo, le funzioni e la formazione. Infatti, i mutamenti intervenuti nel Paese negli ultimi decenni, quali l'aumento della speranza di vita, il miglioramento delle condizioni di vita e di salute, l'invecchiamento della popolazione e l'espandersi di forme di disagio e di fragilità sociale rendono indispensabile rimodulare l'organizzazione sanitaria e sociosanitaria assistenziale. In particolare, le trasformazioni demografiche in corso, che hanno determinato un cambiamento nella richiesta di cure (dalle cure intensive necessarie nelle fasi acute delle patologie alle cure continuative nelle diverse condizioni di fragilità) richiedono una rivisitazione del sistema dell'offerta sanitaria, sociosanitaria assistenziale e sociale e della stessa organizzazione dei servizi, a supporto della non autosufficienza, analogamente alle necessità di realizzare una presa in carico "complessiva" della persona, di diverse età,

in condizioni anche di disabilità. L'obiettivo di superare la centralità dell'ospedale e di realizzare sul territorio nuove modalità di presa in carico della persona con patologie a lungo decorso, garantendo la continuità assistenziale, passa attraverso l'integrazione dei servizi sanitari e sociali e l'integrazione delle diverse figure professionali che operano sul territorio: MMG, medici specialisti, infermieri, fisioterapisti, operatori sociosanitari e altre figure professionali. In questo nuovo contesto va inquadrato il percorso della figura professionale dell'operatore sociosanitario (OSS), quale operatore che in modo più adeguato realizza la connessione tra l'evoluzione dei servizi di attività di diretta assistenza alla persona, intesa come centralità e globalità dei suoi bisogni, e l'esigenza di forme di collaborazione con le professioni sanitarie e sociali. Infatti, l'evoluzione formativa e professionale dell'infermiere ha posto la necessità di formare adeguatamente operatori in grado di fornire un'adeguata risposta di qualità ai bisogni di servizi dei cittadini senza ricreare una figura infermieristica vicaria o di livello non universitario. L'inserimento degli operatori sociosanitari nell'ambito delle organizzazioni sanitarie comporta una profonda ristrutturazione dei processi lavorativi, in tutti i servizi sanitari e sociosanitari assistenziali. Oggi, più di un tempo, vi è la necessità di operatori formati e qualificati in grado di collaborare con coloro che hanno la responsabilità dell'assistenza infermieristica. Le spinte motivazionali sono da ricercare anche nell'ottimale impiego delle risorse umane, nell'esigenza di valorizzare maggiormente le nuove conoscenze e preparazione dei professionisti infermieri, nella grave carenza a tutt'oggi di personale infermieristico e nei fattori sostanzialmente economici di equilibrio delle risorse. L'OSS, quindi, può svolgere attività indirizzate a soddisfare i bisogni primari delle persone, nell'ambito delle proprie aree di competenza, in un contesto sia sociale sia sanitario, e favorire il benessere e l'autonomia della persona. Occorre inoltre osservare che, per quanto riguarda l'integrazione sociosanitaria a livello domiciliare, con-

siderato che molti interventi “sociali assistenziali” non necessitano espressamente di una competenza infermieristica, ma sono rivolti a migliorare l’assistenza alla persona non autosufficiente nelle attività di vita quotidiana, la figura dell’OSS può svolgere un compito di supporto all’infermiere che lavora a domicilio, consentendo a quest’ultimo di ottimizzare il tempo di lavoro per pianificare e organizzare i vari interventi assistenziali, ponendo priorità e attenzione alla personalizzazione dell’assistenza e influenzando positivamente sulla qualità dell’assistenza stessa.

4.2.6. I flussi migratori dei professionisti afferenti alle professioni sanitarie in Italia

Attualmente, le norme che regolano in Italia il riconoscimento di titoli abilitanti all’esercizio delle professioni sanitarie sono:

- il D.Lgs. 286 del 25 luglio 1998, artt. 49 e 50, e il DPR 394 del 31 agosto 1999, per quanto attiene ai cittadini extracomunitari;
- il D.Lgs. 206 del 9 novembre 2007, di recepimento della Direttiva 2005/36/CE, per quanto attiene ai cittadini comunitari.

Per limitarsi all’ambito comunitario, le Direttive comunitarie, relative al riconoscimento delle qualifiche professionali, da ultimo la citata Direttiva 2005/36/CEE, garantiscono ai cittadini comunitari, che hanno acquisito una qualifica professionale in uno Stato membro, di accedere alla stessa professione e di esercitarla in un altro Stato membro, con gli stessi diritti dei cittadini di quest’ultimo. Con ciò il legislatore comunitario ha inteso favorire e sviluppare, rendendolo sempre più agevole nel tempo, il principio della libera circolazione dei professionisti all’interno dei Paesi dell’UE.

Relativamente ai cittadini comunitari, la norma di riferimento disciplina le modalità di riconoscimento dei titoli conseguiti in un Paese dell’UE sia nel caso in cui il professionista sanitario intenda trasferirsi stabilmente nel nostro paese (diritto di stabili-

mento), sia nel caso in cui intenda spostarsi sul territorio di un altro Stato membro per effettuare in modo occasionale, saltuario e temporaneo una o più prestazioni professionali (libera prestazione di servizi).

Uguali norme valgono ovviamente per i cittadini italiani, che in possesso di un titolo conseguito in Italia intendono trasferirsi in un altro Paese dell’UE per stabilirvisi o per svolgere attività professionali in maniera occasionale e saltuaria.

Per quanto riguarda il diritto di stabilimento, con particolare riferimento alle professioni regolamentate afferenti alle professioni sanitarie, quali medico, odontoiatra, veterinario, farmacista, infermiere dell’assistenza generale e ostetrica, la norma comunitaria si fonda sul principio del coordinamento delle condizioni minime di formazione, garantite dagli Stati membri al momento della loro adesione all’UE, con conseguente applicazione, nella maggior parte dei casi, delle disposizioni relative all’automatismo di riconoscimento dei titoli.

In tali fattispecie la procedura non prevede una valutazione di merito – da parte dello Stato membro ospitante – del percorso formativo dei professionisti che intendono migrare. Il rispetto e il soddisfacimento dei requisiti minimi di formazione previsti dalla Direttiva sono, infatti, certificati dalle Autorità competenti degli Stati membri in cui è stato conseguito il titolo.

Nei casi residuali, ossia laddove non siano soddisfatti tali requisiti, la norma prevede l’applicazione del cosiddetto sistema generale di riconoscimento, che, invece, dispone una valutazione di merito, da parte dello Stato membro ospitante, del percorso formativo dei professionisti che intendono migrare, cui può seguire, nel caso si riscontri un divario formativo, l’applicazione di misure di compensazione, atte a colmare tale divario.

Quindi la Direttiva prevede due diverse modalità di riconoscimento: il riconoscimento in base al coordinamento delle condizioni minime di formazione e il regime generale di riconoscimento dei titoli di formazione.

Ferma restando la competenza delle Uni-

versità in materia di riconoscimento di titoli accademici, limitatamente alle professioni settoriali indicate nella Direttiva, il Ministero della Salute è autorità competente in materia di riconoscimento dei titoli conseguiti all'estero abilitanti all'esercizio della professione di medico, medico specialista, MMG, odontoiatra, odontoiatra specialista, veterinario, farmacista, infermiere dell'assistenza generale e ostetrica.

Questo Dicastero è altresì autorità competente al rilascio delle certificazioni (attestato di conformità dei titoli conseguiti in Italia ai requisiti di formazione indicati nella Direttiva, certificato di iscrizione all'Ordine professionale, certificato di onorabilità professionale) che i cittadini italiani, in possesso di uno dei sopramenzionati titoli, devono esibire alle rispettive Autorità competenti nel caso in cui intendano ottenere il riconoscimento della loro qualifica presso un altro Stato membro per ivi esercitare la professione. In virtù delle competenze affidate dalla norma, è possibile fornire il dato relativo ai flussi migratori dei professionisti sanitari da e per l'Italia.

Occorre precisare che il dato relativo al riconoscimento dei titoli corrisponde all'effettivo numero dei professionisti comunitari che si sono trasferiti nel nostro Paese per esercitarvi una professione, il dato relativo ai professionisti italiani che si recano in un altro Paese dell'UE è sottostimato rispetto all'entità del fenomeno, sicuramente più significativo. Infatti, in alcune specifiche fattispecie previste dalla Direttiva, le Autorità competenti degli Stati membri possono non chiedere l'esibizione dell'attestato di conformità da parte dell'Autorità competente dello Stato membro di provenienza. In tali evenienze, questo Ministero non ha quindi notizia della migrazione del professionista italiano in un altro Paese comunitario.

Per limitarsi alle lauree magistrali e ai cittadini comunitari che hanno ottenuto il riconoscimento automatico del proprio titolo, nel 2009 questo Ministero ha emesso 312 provvedimenti autorizzativi, così come indicato nella *Tabella 4.8*.

In merito ai dati soprariportati, la *Tabella 4.8* pone in evidenza che la maggior parte

dei cittadini comunitari che hanno chiesto nel 2009 il riconoscimento del proprio titolo proviene da Paesi che di recente hanno aderito all'UE, la Romania in particolare. Per quanto riguarda, invece, i titoli conseguiti in Germania e Austria, occorre considerare che una percentuale significativa di detti titoli è stata conseguita in realtà da cittadini italiani di lingua tedesca. Detti cittadini, una volta conseguito il titolo, intendono pertanto fare rientro nella PA di Bolzano.

Nello stesso periodo, invece, questa Amministrazione ha rilasciato a cittadini in possesso di un titolo conseguito in Italia ben 1.336 attestati, necessari ai fini del riconoscimento del loro titolo in un altro Paese dell'UE, distribuiti per singola professione come riportato nella *Tabella 4.9*.

Dette certificazioni, per un numero pari a 181, quindi marginale rispetto al totale, riguardano cittadini comunitari, nella maggior parte dei casi cittadini greci, che dopo avere studiato in Italia hanno inteso fare ritorno nel loro Paese di origine.

Il resto delle certificazioni, pari quindi a 1.155, riguarda invece professionisti italiani che hanno inteso lasciare il loro Paese per stabilirsi in un altro Stato membro.

A tale dato devono aggiungersi quei professionisti che, come detto, non hanno dovuto rivolgersi a questo Dicastero per ottenere in un altro Stato membro il riconoscimento del proprio titolo.

Secondo i dati a disposizione, circa l'80% dei sopraindicati professionisti ha inteso trasferirsi nel Regno Unito e in Irlanda.

Il dato che comunque merita una riflessione riguarda l'età anagrafica di detti professionisti.

Infatti, nel periodo 2006-2007 il fenomeno migratorio dei cittadini italiani riguardava, nella maggior parte dei casi, una categoria di professionisti che, oltre ad avere in media un'età $\geq 45-50$ anni, aveva maturato esperienza lavorativa nel nostro Paese.

Attualmente il fenomeno riguarda invece una fascia di professionisti molto più giovane. Infatti, nella maggior parte dei casi si tratta, per ogni singola professione, di neoabilitati o di medici neospecialisti, che si trasferiscono direttamente in un altro Paese,

Tabella 4.8. Distribuzione titoli riconosciuti per Paese di conseguimento (Anno 2009)

Paese di conseguimento del titolo	Medici	Odontoiatri	Veterinari	Farmacisti	Specializzazioni mediche	Med + spec.
Austria	4	7	4	8	15	5
Belgio				1		
Bulgaria	9	5	1	1		6
Danimarca	1					
Estonia	1					
Francia	2			1	1	1 + 1*
Germania	10	9	1	3	14	17 + 2*
Gran Bretagna	4			1	1	
Grecia	2				4	1
Irlanda		1				1
Lituania		2		2		2
Malta	2			1		
Norvegia					1	
Olanda	1	3				2
Polonia	5	3		2		1
Portogallo			1	1		1
Rep. Ceca	9	1				
Rep. Slovacca	3			1		
Romania	39	8	19	4	1	16
Slovenia		1				
Spagna	2	7	1	4		1
Svezia		1				1
Svizzera			1			1
Ungheria	2	8	1	1		4
Totale	96	56	29	31	37	60 + 3*

* Medici con doppia specializzazione.

senza avere svolto alcuna attività in Italia. Il fenomeno illustrato trova conferma nei dati riferiti al 2010, durante il quale questo Dicastero ha emesso 1.200 attestazioni, utili ai fini dello stabilimento di professionisti italiani in altri Paesi dell'UE.

Si tratta quindi di un costante flusso verso l'estero di personale altamente qualificato, che non è certo compensato dai professionisti che intendono trasferirsi nel nostro Paese.

Il fenomeno merita, come detto, di essere indagato. Anche se è presumibile che ciò in parte può essere stato determinato, negli ultimi anni, dai vincoli finanziari e dal

blocco delle assunzioni, che hanno alimentato una sacca di non occupazione, a fronte di proposte lavorative più qualificanti in altri Stati membri, dalla quale invece il SSN potrebbe attingere per assicurare un adeguato turnover delle risorse umane.

4.2.7. La futura carenza di medici nel SSN

Al riguardo occorre considerare, infatti, che dall'attuale distribuzione per età dei medici impiegati nel SSN si evince una forte concentrazione di personale nella classe

Tabella 4.9. Distribuzione attestati per professione (Anno 2009)

Medici	Medici specialisti	Odontoiatri/ odontoiatri specialisti	Farmacisti	Veterinari	Certificati di onorabilità professionale
	319	87	212	10	140

di età 50-59 anni. In particolare, i medici dipendenti ultracinquantenni rappresentano attualmente i due terzi del totale Dirigenti Medici del SSN (*Figura 4.1*).

Ciò considerato, assumendo costante il numero di laureati in Medicina e Chirurgia (mediamente negli ultimi anni 6.800) e ipotizzando che circa un terzo di questi venga immesso annualmente SSN, si stima un saldo negativo tra entrate e uscite dal SSN a partire dall'anno 2013 nell'ipotesi di età al pensionamento di 66 anni, dall'anno 2015 considerando i pensionamenti a 68 anni e dal 2017 se l'uscita dal mercato del lavoro ipotizzata è di 70 anni. Parallelamente, nel periodo 2010-2018, per i tre scenari sopra descritti, si stima una carenza di medici dipendenti del SSN pari rispettivamente a 43.000, 37.000 e 28.800 unità (*Figura 4.2*). In particolare, la situazione risulta decisamente preoccupante se analoga previsione viene riprodotta per i MMG. Per comprendere la portata del fenomeno, basti pensare che, in Italia, solo 5.800 dei 45.000 medici iscritti al fondo ENPAM per la Medicina Generale (pari a circa il 13%) ha un'età inferiore a 50 anni e, pertanto, la quasi totalità dei medici di medicina generale (oltre l'87%) raggiungerà l'età pensionabile nei prossimi 15 anni (*Figura 4.3*).

In sintesi, nell'ipotesi di invarianza del numero di MMG formati annualmente (mediamente circa 800), si assisterà nei prossimi anni a un drastico calo dei medici di

medicina generale, il cui numero si ridurrà progressivamente fino a dimezzarsi nel periodo considerato (2010-2028).

Tuttavia, è opportuno rappresentare che il fenomeno descritto non riguarderà esclusivamente il settore pubblico e la medicina convenzionata, ma coinvolgerà la popolazione medica nel suo complesso. Infatti, anche considerando i cosiddetti medici "puri" iscritti all'Albo dei Medici, indipendentemente dal settore di impiego, la stima conferma una futura carenza che, tuttavia, dovrebbe verificarsi con un leggero ritardo rispetto al SSN e manifestarsi con un impatto proporzionale meno importante. Nello specifico, il saldo tra entrate e uscite dal mercato del lavoro (incluso il privato) diventerà negativo un anno più tardi rispetto ai tre scenari rappresentati per il SSN e il deficit sarà pari a 54.000, 41.400, 24.800 unità di personale, rispettivamente, nelle ipotesi di pensionamenti a 66, 68 e 70 anni.

Pertanto, la prevista carenza dei medici rappresenta una realtà anche nello scenario pessimistico in cui tutti i Dirigenti Medici del SSN e i medici in generale dovessero ritirarsi dal mercato del lavoro all'età di 70 anni e, quindi, quasi sicuramente con 40 anni di servizio effettivo come previsto dalla nuova normativa sui pensionamenti per i Dirigenti sanitari (art. 22 della Legge 183 del 4 novembre 2010).

Proprio al fine di governare il fenomeno, il Ministero della Salute ha richiesto un am-

Figura 4.1. Distribuzione medici del SSN per età (Anno 2010).

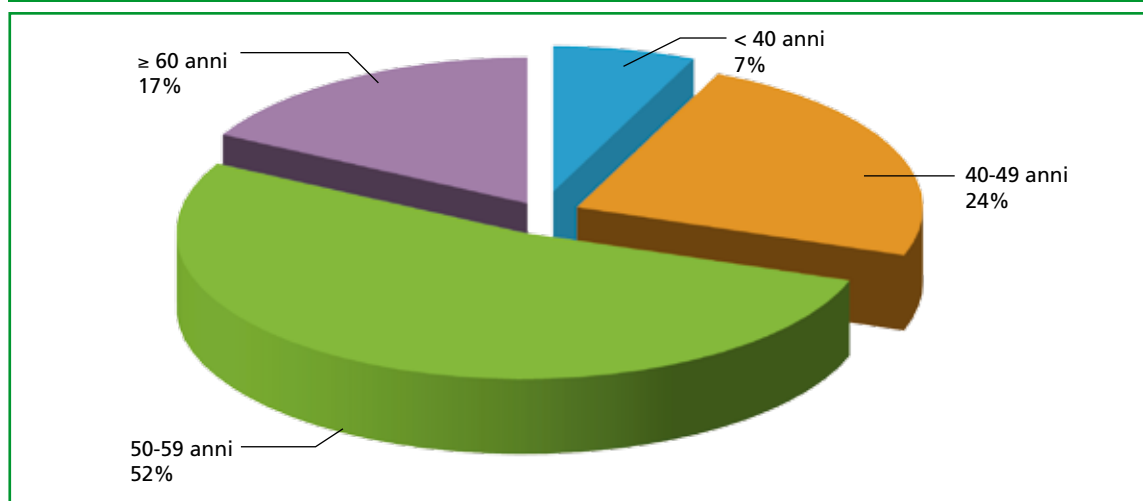
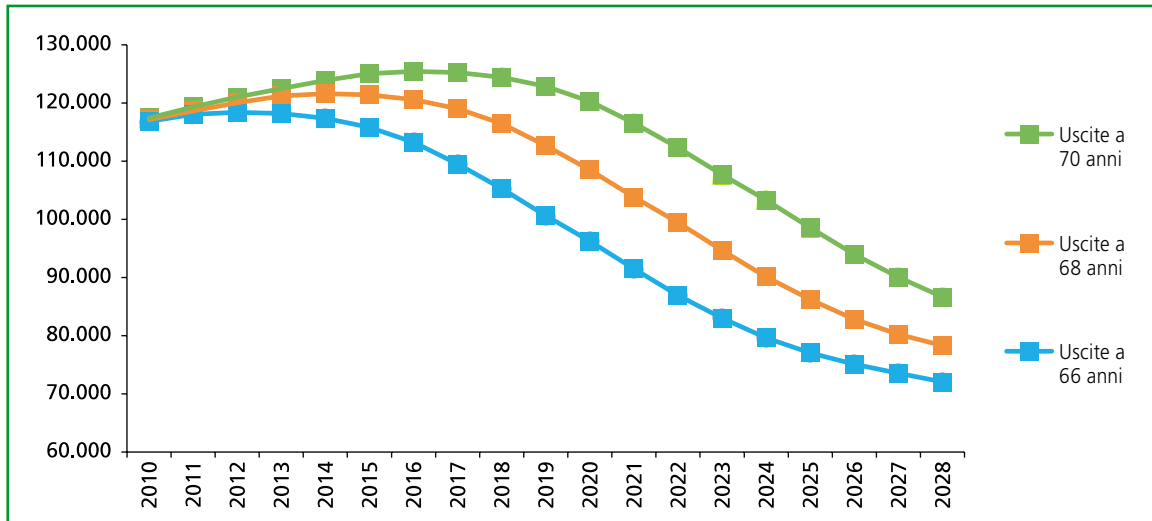


Figura 4.2. Previsione numero di medici del SSN (Anni 2010-2028).

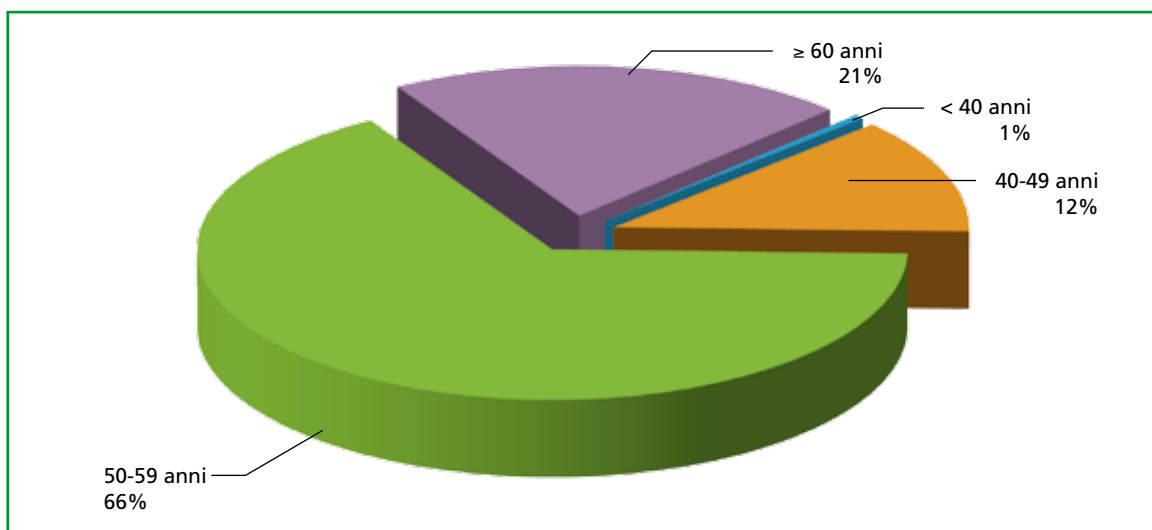


pliamento dell'offerta formativa, ossia del numero delle immatricolazioni al corso di laurea in Medicina e Chirurgia a partire dall'anno accademico 2008-2009, ottenendo, dall'anno accademico 2007-2008 all'anno accademico 2010-2011, una crescita del 29% dei posti disponibili (da 7.366 a 9.527 immatricolazioni). Tuttavia, essendo il possesso del titolo di specializzazione indispensabile per l'accesso al SSN e determinante per l'esercizio stesso della professione, si può affermare che il percorso formativo di un medico si completa in circa 11 anni e, pertanto, occorrerà attendere il 2020 affinché il maggiore numero di laureati/specia-

lizzati sia disponibile sul mercato del lavoro. In ogni caso, allo stato non è ancora corretto parlare di "emergenza medici" nel breve periodo, in quanto negli ultimi anni i vincoli finanziari e il blocco di assunzioni hanno alimentato una sacca di inoccupazione dalla quale il SSN potrebbe attingere per assicurare un adeguato turnover delle risorse umane.

È invece necessario che il ricambio generazionale avvenga nell'immediato futuro, anche al fine di garantire un opportuno e indispensabile trasferimento di competenze e abilità, che solo la pratica clinica può assicurare.

Figura 4.3. Distribuzione medici di medicina generale per età (Anno 2010).



4.3. Risorse tecnologiche

4.3.1. Grandi apparecchiature

Il Sistema Informativo Sanitario rileva la disponibilità delle apparecchiature tecnico-biomediche di diagnosi e cura presenti sia nelle strutture ospedaliere sia nelle strutture sanitarie territoriali, pubbliche e private. Nelle *Tabella 4.10* sono riportati i valori assoluti e la disponibilità per 1.000.000 di abitanti di alcune grandi apparecchiature, per gli anni che vanno dal 2007 al 2009. Dal 2007 vengono censite anche alcune tipologie di apparecchiature che hanno assunto particolare rilevanza nell'ultimo decennio, come la PET e il sistema TC/PET integrato, il sistema TC/gamma camera integrato, il sistema per angiografia digitale e il mammografo. Nell'ambito del periodo considerato, la

disponibilità delle apparecchiature risulta in aumento, soprattutto per quanto riguarda la TC e la RM, infatti la prima apparecchiatura passa da un valore di 29,4 per 1.000.000 di abitanti a 30,4, mentre la seconda passa da 18,1 per 1.000.000 di abitanti a 20,7. Per quanto concerne le apparecchiature censite a partire dal 2007, risultano in totale 118 PET e sistema TC/PET integrato con una disponibilità di 2 apparecchiature per 1.000.000 di abitanti; la disponibilità di mammografi risulta, invece, pari a circa 189,2 per 1.000.000 di donne di età compresa fra 45 e 69 anni. La presenza di apparecchiature tecnico-biomediche risulta in aumento soprattutto nel settore pubblico, mostrando una disponibilità fortemente variabile a livello regionale (*Figura 4.4*).

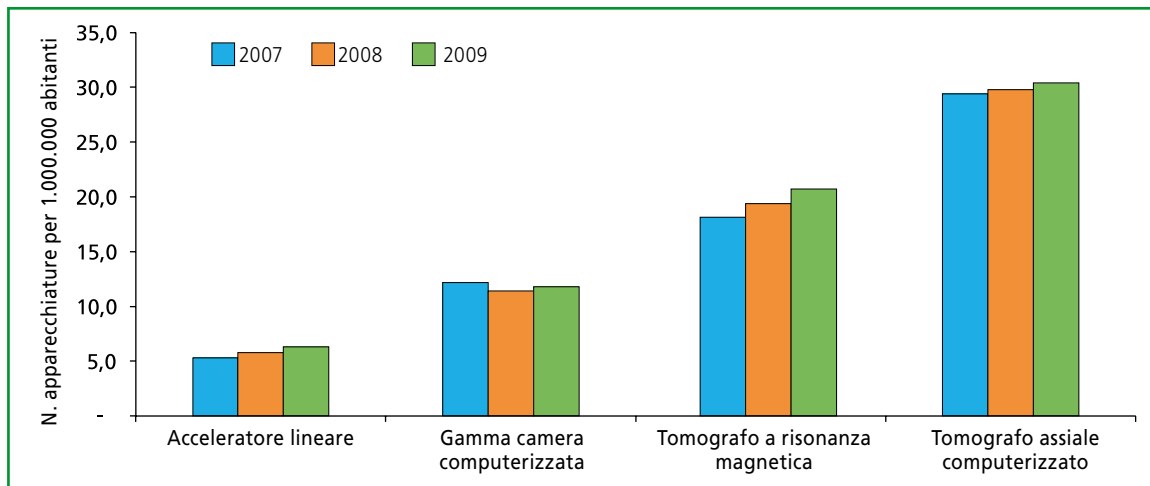
Tabella 4.10. Grandi apparecchiature presenti nelle strutture ospedaliere e territoriali pubbliche e private convenzionate (Anni 2007-2009)

	2007		2008		2009	
	v.a.	Per 1.000.000 abitanti	v.a.	Per 1.000.000 abitanti	v.a.	Per 1.000.000 abitanti
Acceleratore lineare	313	5,3	343	5,8	380	6,3
Camera iperbarica	86	1,5	92	1,5	94	1,6
Ecotomografo	14.541	245,9	15.044	252,3	16.082	267,8
Apparecchio per emodialisi	15.782	266,9	16.394	275,0	16.749	278,9
Gamma camera computerizzata	719	12,2	681	11,4	711	11,8
Tomografo a risonanza magnetica	1.073	18,1	1.155	19,4	1.245	20,7
Tomografo assiale computerizzato	1.739	29,4	1.776	29,8	1.826	30,4
Ventilatore polmonare	16.192	273,8	16.549	277,6	16.931	282,0
Tomografo a emissione di positroni	39	0,7	42	0,7	36	0,6
Sistema TC/PET integrato	61	1,0	76	1,3	82	1,4
Sistema per angiografia digitale	565	9,6	630	10,6	677	11,3
Sistema TC gamma camera integrato	36	0,6	49	0,8	63	1,0
Apparecchio per radiologia dentale panoramica	640	10,8	779	13,1	815	13,6
Ortopantomografo	1.433	24,2	1.654	27,7	1.749	29,1
Mammografo*	1.544	163,1	1.761	183,3	1.842	189,2

* L'indicatore è calcolato per 1.000.000 di donne di età compresa fra 45 e 69 anni.

Fonte: Ministero della Salute – Direzione Generale del Sistema Informativo – Ufficio di Statistica.

Figura 4.4. Disponibilità di grandi apparecchiature presenti nelle strutture ospedaliere e territoriali pubbliche e private convenzionate (Anni 2007-2009).



4.3.2. Il monitoraggio della spesa dei dispositivi medici direttamente acquistati dalle strutture del SSN

L'introduzione nel 2007 di una nuova Banca dati centrale dei dispositivi medici, finalizzata alla realizzazione del repertorio dei dispositivi medici che consentisse anche la sorveglianza dei dispositivi immessi sul mercato italiano, ha seguito un approccio graduale anche allo scopo di facilitare l'adeguamento tecnico e organizzativo per i soggetti coinvolti e di consentire l'allineamento ai requisiti normativi nazionali attuativi di norme comunitarie.

Gli anni 2009 e 2010 sono stati caratterizzati dalla crescente e costante implementazione dei dati da parte dei soggetti interessati (fabbricanti, mandatari e soggetti delegati) che hanno consentito la realizzazione di una preziosa anagrafica, verosimilmente unica nel suo genere per completezza di informazioni.

L'eterogeneo mondo dei dispositivi medici e il loro ruolo strategico è oggetto di crescente attenzione da parte del sistema sanitario, che richiede iniziative tese alla loro conoscenza sempre più completa e aggiornata, alla promozione della ricerca scientifica, alla vigilanza su incidenti o anomalie di funzionamento e, più in generale, particolare attenzione alla qualità dei prodotti sul mercato.

Strumenti attuativi di tali esigenze, in merito alla sicurezza e all'appropriatezza d'uso dei dispositivi medici, erano stati individuati nella predisposizione di una modalità di codifica e classificazione nazionale (CND), utilizzabile da parte di tutti i soggetti operanti nel settore, nell'istituzione del database nazionale dei dispositivi medici con le loro caratteristiche essenziali (Repertorio), nella valutazione del loro rapporto costo-beneficio e nella realizzazione di un monitoraggio specifico sulla spesa per i dispositivi medici.

Le Regioni, per le funzioni di programmazione, regolazione e controllo loro assegnate in ambito sanitario, necessitano, peraltro, di informazioni più aggiornate e precise in merito alle tecnologie biomediche, in particolare riguardanti il grado di diffusione di tali tecnologie, le condizioni del parco tecnologico regionale e il confronto tra i prezzi di acquisizione delle medesime tecnologie da parte delle proprie aziende e di quelle di altre Regioni.

La costituzione della nuova banca dati dei dispositivi medici, che contiene anche il Repertorio per i dispositivi venduti al SSN, rappresenta la realizzazione del presupposto irrinunciabile per perseguire gli obiettivi conoscitivi sopradescritti.

Si riportano a titolo esemplificativo alcune rappresentazioni grafiche che descrivono la varietà e la numerosità di informazioni cen-

site all'interno della banca dati (*Figure 4.5, 4.6, 4.7, 4.8*).

La rapidità dello sviluppo tecnologico, abbinata al costante miglioramento della conoscenza scientifica, consente la realizzazione di dispositivi medici sempre più sofisticati, per i più disparati campi di utilizzo, che adottano materiali innovativi (es. quelli realizzati con le nanotecnologie) e che contribuiscono a raggiungere risultati diagnostici e terapeutici nuovi e molto significativi. Tali innovazioni aumentano le possibilità terapeutiche per patologie già trattabili, introducendone per patologie prima intrattabili, aumentando il numero di pazienti eleggibili per un trattamento e riducendo spesso i tempi di degenza con favorevole impatto sull'organizzazione sanitaria.

Nel corso dell'ultimo decennio, quindi, i dispositivi medici sono progressivamente divenuti una componente fondamentale per la capacità dei sistemi di rispondere al bisogno di salute degli individui, consentendo al tempo stesso una risposta più efficace a stati di bisogno esistenti e un aumento delle opzioni terapeutiche disponibili per soddisfare bisogni latenti. La crescita esponenziale del numero e della varietà delle tecnologie mediche disponibili sul mercato costituisce certamente una grande opportunità

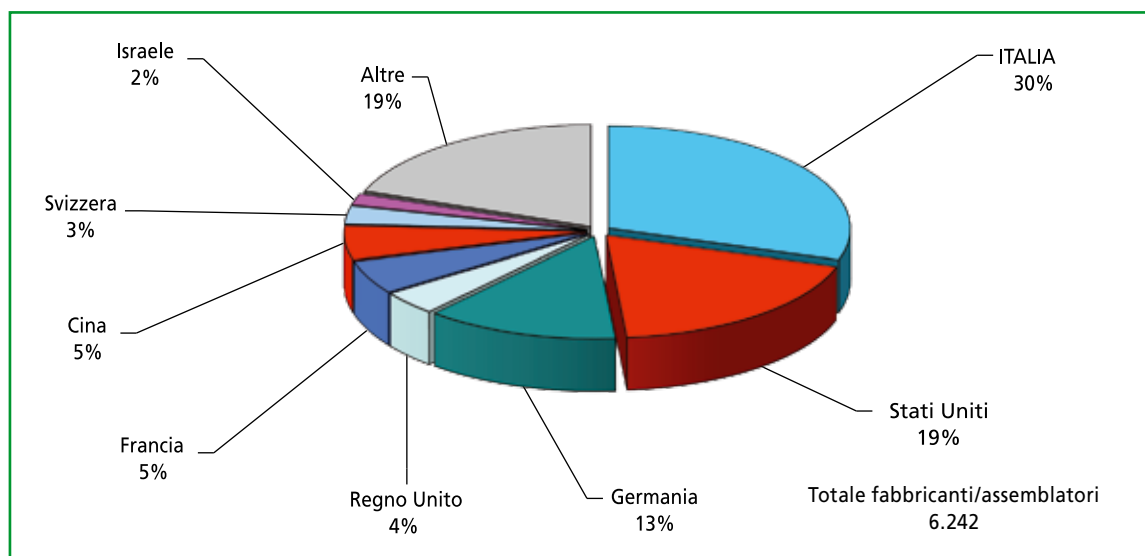
per i soggetti erogatori di prestazioni sanitarie, oltre che per il benessere e la qualità di vita dei pazienti. Conseguentemente, nell'ambito della domanda di salute che si diffonde tra sempre più vaste fasce della popolazione, e con richieste sempre più mirate e consapevoli, la diffusione su scala mondiale dei dispositivi medici e la richiesta da parte degli utenti professionali e dei privati sono in aumento.

L'acquisita rilevanza sul piano sanitario ha comportato, d'altronde, un incremento nella spesa pubblica per i dispositivi medici e per prestazioni associate al loro utilizzo, facendo accrescere le preoccupazioni per la gestibilità del sistema sul piano economico-finanziario, peraltro determinate anche dalla difficoltà di contenimento entro limiti fissati in sede di previsioni di spesa.

Il problema della sostenibilità economico-finanziaria del sistema sanitario necessita, quindi, di strumenti di governo, dell'introduzione e utilizzo dell'innovazione tecnologica e di una chiara definizione di ciò che può considerarsi innovativo.

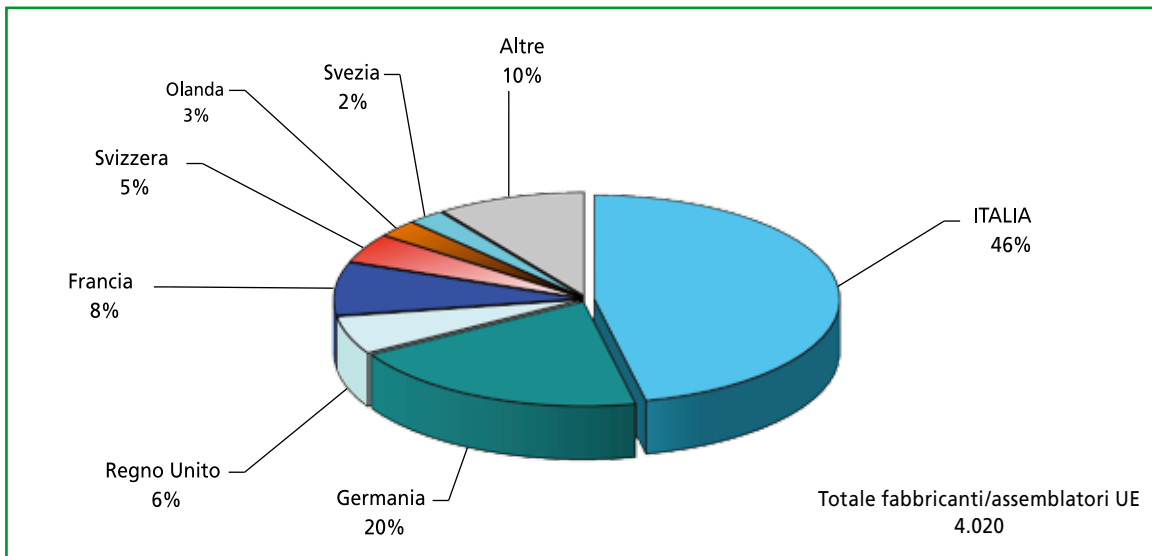
La sostenibilità del sistema sanitario dipende ampiamente dalla capacità di governare l'ingresso delle tecnologie innovative nella pratica clinica, sia in ambito farmacologico sia nel settore dei dispositivi medici. I crite-

Figura 4.5. Distribuzione in percentuale dei fabbricanti/assemblatori censiti nel sistema BD/RDM per nazionalità (marzo 2011).



Fonte: Ministero della Salute. Banca dati e Repertorio dei dispositivi medici – marzo 2011.

Figura 4.6. Distribuzione in percentuale dei fabbricanti/assemblatori nell'Unione Europea censiti nel sistema BD/RDM per nazionalità (marzo 2011).

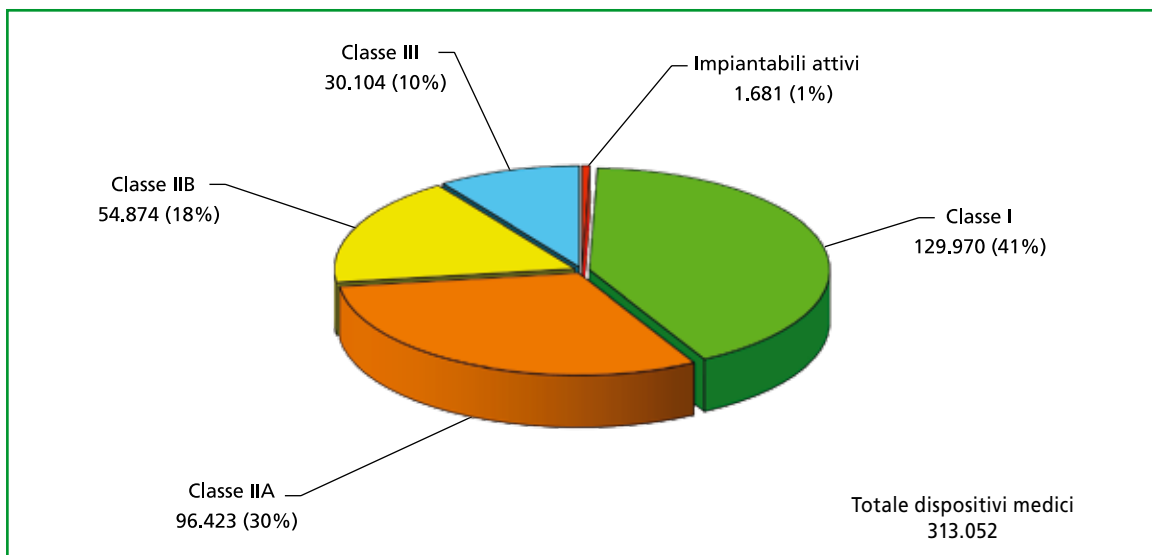


Fonte: Ministero della Salute. Banca dati e Repertorio dei dispositivi medici – marzo 2011.

ri applicati devono assicurare risultati positivi in termini di salute e di possibilità di cura, in un quadro di appropriatezza, sostenibilità finanziaria, equità e integrazione degli interventi. Già da tempo il legislatore ha posto particolare attenzione al ruolo strategico dei dispositivi medici in ambito economico. Una visione completa del settore necessita,

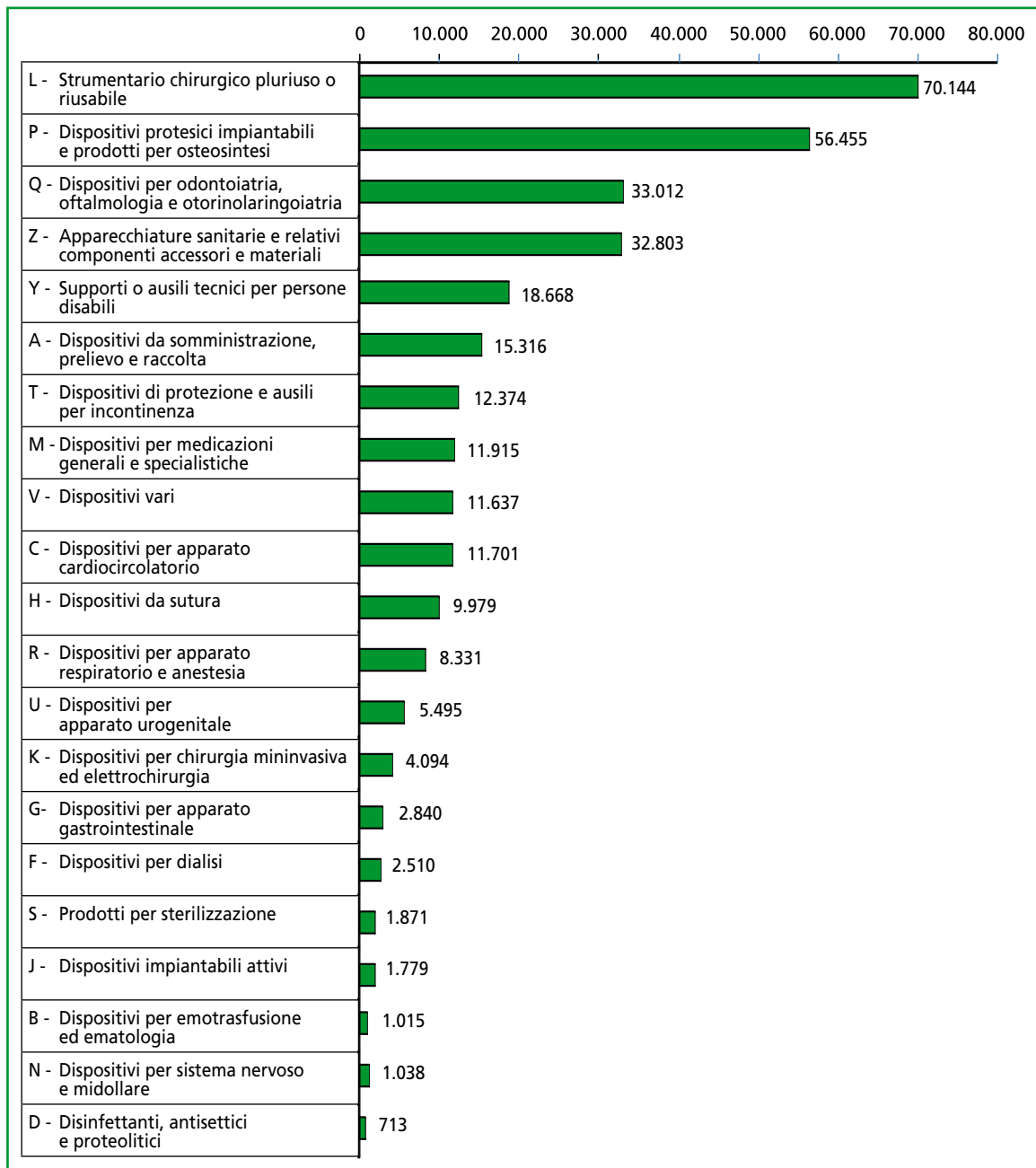
però, che tale quadro venga integrato da una valutazione della domanda degli stessi beni e, secondo l'impostazione aziendalista, da una riflessione sulle relazioni intercorrenti tra acquirenti e fornitori che, nel settore pubblico, possono profondamente incidere – sino a rappresentare le effettive determinanti – sulle modalità con cui lo scambio tra domanda e offerta di beni o

Figura 4.7. Distribuzione in percentuale dei dispositivi medici per classe di rischio nel sistema BD/RDM.



Fonte: Ministero della Salute. Banca dati e Repertorio dei dispositivi medici – marzo 2011.

Figura 4.8. Distribuzione dei dispositivi medici secondo la Classificazione Nazionale dei Dispositivi Medici (CND) censiti nel sistema BD/RDM (marzo 2011).



servizi si realizza per determinare l'effettivo mercato dei beni stessi.

È necessario, dunque, che i processi di acquisto delle aziende sanitarie siano oggetto di attenta valutazione da parte del SSN; infatti, l'entità dei valori economici è rilevante tanto per chi acquista, a cui viene attribuita la responsabilità della ricerca del migliore impiego delle risorse pubbliche, quanto per

chi vende, alla ricerca del migliore risultato imprenditoriale derivante dalla presenza stabile in un mercato "sicuro".

L'esigenza di migliorare la *governance* della spesa sanitaria, ivi inclusa quella relativa al settore dei dispositivi medici, è stata più volte evocata e fortemente perseguita da più parti. Relativamente alla spesa di questi ultimi è apparso necessario promuovere

strategie di gestione delle risorse, di efficienza dei servizi, di trasparenze delle attività attraverso l'istituzione di una Banca Dati per il monitoraggio della spesa dei dispositivi medici che le strutture sanitarie del SSN acquistano direttamente.

Infatti, l'art. 1, comma 409, lett. a), n. 2 della Legge 266 del 23 dicembre 2005, stabiliva che "con Decreto del Ministro della Salute vengano definite le informazioni che devono essere trasmesse dalle Regioni al Ministero della Salute al fine del monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici, direttamente acquistati dalle strutture del SSN, e le relative modalità di trasmissione".

Il Decreto del Ministro della Salute dell'11 giugno 2010 recante "Istituzione del flusso informativo per il monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici direttamente acquistati dal SSN" è il provvedimento in attuazione del disposto normativo predetto.

Il sistema Banca Dati/Repertorio dei Dispositivi Medici (BD/RDM), istituito con Decreto del Ministro della Salute del 21 dicembre 2009, in quanto anagrafe di riferimento unica a valenza nazionale che consente di identificare univocamente i dispositivi medici, rappresenta il presupposto necessario per la realizzazione del flusso informativo.

Infatti, le informazioni sono rilevate per ciascun dispositivo medico iscritto nel sistema e con frequenza tale da consentire un monitoraggio tempestivo dei consumi e dei costi sostenuti dalle strutture del SSN.

La struttura del flusso informativo prevede l'invio per ciascuna struttura sanitaria delle informazioni articolate secondo due tracciati distinti e nel modo seguente:

- informazioni relative ai contratti stipulati per l'approvvigionamento di dispositivi medici, da comunicarsi successivamente alla stipula; tali informazioni sono riferite ad aspetti di carattere generale per l'impianto contrattuale e ad aspetti

specifici per ciascun dispositivo oggetto del contratto;

- informazioni relative alle distribuzioni interne (consegne) di DM alle strutture sanitarie direttamente gestite dal SSN, con riferimento a ciascun mese solare. Nel caso di strutture di ricovero, per le unità operative individuabili, le informazioni sono relative ai dispositivi medici consegnati mensilmente alle unità operative.

Al fine di consentire l'adeguamento graduale di tutte le Regioni al nucleo informativo completo, è stato previsto un approccio di implementazione del flusso articolato in fasi, che prevedono un livello di dettaglio delle informazioni sempre maggiore. In particolare, per la rilevazione dei dati relativi ai contratti, è previsto l'invio di alcuni dati essenziali a partire dall'avvio della rilevazione e, per la durata di ventiquattro mesi, la trasmissione in via sperimentale su base volontaria di alcuni dati aggiuntivi. L'adesione alla sperimentazione può essere espressa, in qualsiasi momento, dalle Regioni e PA di Trento e di Bolzano mediante apposita comunicazione al Ministero della Salute. Con successivo decreto del Ministro della Salute, tenuto conto degli esiti della sperimentazione, sarà ampliato il nucleo di informazioni essenziali relative al contratto, valutando l'opportunità di differenziare il contenuto informativo in funzione delle diverse tipologie di dispositivi medici. Entrambi i tracciati previsti ("Tracciato Contratti" e "Tracciato Consumi") devono essere trasmessi dalle Regioni e PA di Trento e Bolzano esclusivamente in modalità elettronica e con cadenza trimestrale entro l'ultimo giorno del mese successivo al periodo di riferimento; le informazioni devono essere aggregate per ciascun mese solare e quindi deve essere prodotto un file per ogni mese di riferimento. La trasmissione è stata avviata all'inizio del 2011 con riferimento ai dati relativi all'ultimo trimestre del 2010.