

della razionalizzazione della rete ospedaliera, alle persistenti difficoltà in materia di rapporto con gli erogatori privati accreditati ed al correlato contenzioso, nonché all'eccessiva spesa farmaceutica ospedaliera. Queste sono state le principali aree di intervento del mandato commissariale.

Le verifiche periodiche durante l'esercizio hanno consentito di verificare il solo parziale rispetto delle condizioni poste per il recupero dei ritardi accumulati e per la corrispondente corresponsione dei 683,3 milioni spettanti alla regione fino al 2007.

In sede di verifica annuale, la perdita accertata è stata pari a 735,6 milioni, a cui vanno ad aggiungersi le perdite relative all'esercizio 2008 per 223,6 milioni. Il tavolo di monitoraggio ha accertato coperture per 501,5 milioni. Il disavanzo non coperto ammonta a 447,7 milioni, somma che cresce di ulteriori 50 milioni per i rischi individuati in fase di verifica. Per i 497,7 milioni rimasti da coprire, in mancanza di altre misure, per la Regione scatterebbe in via automatica l'innalzamento delle aliquote fiscali.

Per la regione Sicilia, la verifica annuale 2008 aveva fatto emergere ritardi significativi nel riordino della rete ospedaliera (non compiutamente definita), nella riorganizzazione delle strutture aziendali, nella definizione dei rapporti con le università, nella riorganizzazione e razionalizzazione del sistema delle emergenze e nella definizione degli accordi contrattuali con gli operatori privati con i quali risultava un elevato contenzioso.

La definizione, nel corso dell'esercizio, di parte dei provvedimenti previsti nel Piano ha fatto ritenere parzialmente superati i presupposti per l'avvio della procedura di cui all'articolo 4 del decreto legge 159/2007 (commissariamento) e condotto, ad inizio del 2010, alla corresponsione alla regione di 324 milioni relativi a competenze fino al 2007. I restanti 739 milioni sono stati subordinati alla dimostrazione, in sede di verifica annuale, dell'effettiva riorganizzazione ospedaliera e territoriale, alla riorganizzazione del servizio di emergenza, alla sottoscrizione di protocolli di intesa con le università e all'effettivo completamento dei nuovi procedimenti amministrativi e contabili.

Il disavanzo per il 2009 è risultato pari a 237,1 milioni. Le coperture attivate (193,1 milioni e il fondo transitorio 98,5 milioni) hanno consentito di chiudere l'esercizio con una eccedenza di 54,5 milioni. Un surplus ridimensionato a 26,2 milioni considerando i rischi di maggiori costi o minori ricavi per oltre 28 milioni individuati in corso di verifica.

Per la Regione Molise, nel 2009 si è proceduto alla nomina del Presidente pro tempore della regione quale Commissario ad acta per l'attuazione del Piano (a cui è stato affiancato in ottobre un sub commissario). Nel corso della verifica annuale 2008 e nella successiva verifica del giugno 2009, Tavolo e Comitato avevano constatato il permanere di criticità e di inadeguatezze nella realizzazione del Piano, tali da confermare la situazione già manifestatisi nel corso del 2008. Era stata contestata una situazione di inaffidabilità dei dati, generata a sua volta da una situazione di non adeguatezza delle procedure amministrativo-contabili e di integrazione e controllo dei dati. La gestione si era chiusa con un disavanzo di 80,5 milioni rideterminato in 89,6 milioni, per parte del quale non si erano individuate adeguate coperture.

I punti prioritari della gestione commissariale sono stati individuati nella implementazione di corretti procedimenti contabili, nel riassetto della rete ospedaliera e territoriale con conseguente dismissione o riconversione o revoca degli accreditamenti ai privati per quelle strutture non in grado di assicurare adeguati profili di efficienza ed efficacia, nella ridefinizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati, nella razionalizzazione e nel contenimento della spesa di personale, nel completamento del processo di razionalizzazione della spesa per acquisti di beni e servizi, nella razionalizzazione della spesa farmaceutica convenzionata e ospedaliera, nella programmazione del fabbisogno di prestazioni sanitarie, nel completamento della rete laboratoristica e di assistenza specialistica, nel completamento del riassetto organizzativo e nella definizione di un adeguato sistema di monitoraggio e controllo delle prestazioni.

Nell'anno non è stato possibile per i tavoli di monitoraggio riconoscere la corresponsione delle somme relative ad esercizi fino al 2007: le condizioni a cui erano subordinati, in quote, i pagamenti non sono risultate rispettate.

L'esercizio si è chiuso con una perdita di 81 milioni, a cui vanno ad aggiungersi le perdite riportate dall'esercizio 2008 (29,7 milioni). Le entrate aggiuntive già previste dal Piano e il fondo transitorio consentono solo una copertura parziale del disavanzo (44,3 milioni). Resta da trovare copertura per 66,5 milioni e per gli ulteriori 2,5 relativi a rischi emersi nell'esame dei risultati al tavolo di monitoraggio.

Per il Lazio, l'esercizio 2008 aveva evidenziato una perdita di 1.682 milioni, coperta da entrate fiscali da Piano per circa 956 milioni, da maggiori entrate 2007 (142 milioni), da altre risorse di bilancio per 264 milioni e dalla quota del fondo transitorio (321 milioni).

L'esame condotto dal Tavolo di monitoraggio aveva avuto esito positivo. Pur facendo registrare ancora ritardi e presentando ancora elementi di criticità (mancavano indicazioni per la riconduzione dei posti letto di riabilitazione ospedaliera e di lungodegenza post acuzie agli obiettivi del Piano di rientro), il processo di riforma era risultato avviato e la gestione Commissariale aveva recuperato i ritardi accumulati fino al primo semestre 2008.

Con decreti commissariali era stato dato seguito agli impegni assunti con il Piano di rientro in tema di riorganizzazione della rete ospedaliera, rispettando lo standard nazionale di posti letto (in tal senso particolare rilevanza aveva assunto la cessazione dell'attività ospedaliera del presidio San Giacomo). Nei primi mesi del 2009 erano stati meglio definiti i tetti di spesa per gli erogatori privati, superando i limiti (in termini di rischio di contenzioso) rilevati nelle delibere emanate per il 2008 e che non erano state validate dai Ministeri. Le misure per la distribuzione diretta e la modifica della quota di compartecipazione alla spesa farmaceutica stavano producendo, infine, effetti positivi in termini di contenimento della spesa.

Sul fronte della razionalizzazione e del contenimento della spesa per il personale sanitario permanevano alcune criticità con riferimento a disallineamenti delle quantificazioni degli effetti economici connessi alle operazioni messe in atto dalla Regione (blocco del *turn-over*, rideterminazione dei fondi per la contrattazione integrativa aziendale e diminuzione delle posizioni organizzative e di coordinamento) con le stime svolte dai Ministeri¹⁸.

A fronte di una manovra necessaria per l'anno 2009 pari a 1.007 milioni, Tavolo e Comitato stimavano quale effetto immediato dei decreti commissariali già adottati un importo di pari a 694 milioni, il 69 per cento della manovra necessaria. Avevano, pertanto, valutato che, ai fini dell'attuazione delle disposizioni di cui all'art. 1, comma 2, del decreto-legge 154/2008 in materia di erogazione di spettanze residue regionali e tenuto conto che le spettanze residue della Regione Lazio, cumulativamente considerate fino all'esercizio 2008, ammontavano a 1.690 milioni, potesse essere erogata la quota spettante nella misura del 69 per cento. Tale erogazione restava comunque subordinata alla sospensione, da parte del Commissario, della disposizione normativa concernente l'istituzione degli ospedali di montagna, che era considerata gravemente in contrasto con la riorganizzazione regionale della rete ospedaliera¹⁹. E' stata disposta quindi l'erogazione di 828 milioni, subordinando la restante quota di 337 milioni alla verifica positiva degli atti che ancora presentavano criticità.

Le verifiche attuate nel corso del 2009 hanno evidenziato l'emergere di un ulteriore disavanzo dell'esercizio 2008 non coperto per 186,4 milioni e ritardi nell'attuazione del Piano per quanto riguarda la definitiva razionalizzazione della rete ospedaliera (sul fronte del personale e degli acquisti di farmaci ospedalieri), non risultavano, inoltre, non attuati gli interventi sulla spesa farmaceutica convenzionata che, pur in flessione, si manteneva su livelli

¹⁸ Particolare criticità deriva, inoltre, dalle operazioni attivate dalla Regione di verifica dei fondi definiti dalle Aziende per la contrattazione integrativa che, per effetto di una non corretta applicazione delle norme contrattuali, risultano nella maggior parte sovrastimati e costituiscono un onere aggiuntivo di spesa gravante sui bilanci aziendali.

¹⁹ L'importo non comprende le spettanze residue degli esercizi 2006 e 2007 per i quali la regione presenta inadempienze.

elevati, sul personale e sugli acquisti di beni e servizi. Ritardi che non consentivano la corresponsione dei residui 337 milioni.

Le verifiche attuate a fine anno hanno consentito di rilevare miglioramenti nello stato di attuazione del Piano e nella produzione documentale (sono stati individuate coperture per i disavanzi 2008 e 2009, è stato predisposto il programma operativo per l'anno 2010 e il decreto sul blocco del *turn-over* ed è stata prodotta la documentazione che ha permesso di superare gli adempimenti 2006 e, parzialmente, quelli 2007); ciò ha permesso di pervenire ad una parziale erogazione (250 milioni) dei 1735 milioni spettanti alla regione a tutto l'anno 2008.

In sede di verifica annuale (marzo 2010) è stato accertato un disavanzo per l'esercizio 2009 di 1.374,5 milioni, cui devono aggiungersi perdite riportate per 186,4 milioni. Le coperture individuate sono pari a 1.186,8 milioni, mentre rimangono da coprire 421 milioni comprensivi dei rischi di maggiori costi o di minori ricavi, per 47 milioni individuati dal monitoraggio. Per questi, la regione potrebbe dover ricorrere l'innalzamento delle aliquote fiscali oltre il massimo.

La verifica annuale 2008 della Regione Abruzzo era risultata negativa per le forti criticità e il grave ritardo sull'attuazione degli obiettivi definiti con il Piano di rientro. In particolare, Tavolo e Comitato aveva ritenuto che persistessero le problematiche nel riassetto della articolazione organizzativa dei distretti, nonché nel potenziamento e regolazione dell'emergenza territoriale, nel processo relativo all'autorizzazione ed accreditamento istituzionale, nel mantenimento degli obiettivi in materia di gestione del personale, nonché nel rapporto con gli erogatori privati accreditati che aveva generato un rilevante contenzioso. Ulteriori criticità riguardavano la medicina convenzionata di base e il rafforzamento della struttura amministrativa ed implementazione dei processi amministrativi, nonché la farmaceutica convenzionata anche se erano state introdotte specifiche misure di partecipazione alla spesa.

Per quanto attiene agli aspetti economico-finanziari, sussisteva ancora una situazione di mancato ripristino delle somme distratte dalla Regione dal fondo sanitario per destinarle a spese extrasanitarie e di mancato recupero crediti (con conseguente mancata copertura delle perdite registrate fino al 31 dicembre 2007) per complessivi 182,9 milioni.

Nel corso del 2009 la Regione ha proceduto alla riorganizzazione delle aziende sanitarie (legge regionale 17/2009). Nel dicembre 2009 sono stati riquantificati le somme da ripristinare di quanto sottratto al finanziamento del SSR (37,1 milioni) e accertato un disavanzo 2008 non coperto di 4,8 milioni. Nella stessa riunione Tavolo e Comitato hanno specificato gli adempimenti richiesti alla regione per la corresponsione (in quote) dei 265 milioni spettanti fino al 2008 (ex articolo 1 comma 2 del DL.154/2008). In sede di verifica annuale, è stata ritenuta erogabile solo una quota di tali risorse, pari complessivamente a 34 milioni.

Il monitoraggio annuale ha portato ad individuare un disavanzo 2009 di 31,9 milioni, che salgono a 113,1 considerando il riporto delle maggiori perdite 2008. Le risorse fiscali da piano di rientro e il fondo transitorio consentono di coprire l'importo, producendo un avanzo di poco meno di 12 milioni. Anche in questo caso l'emergere di rischi ulteriori nei conti ha portato a rivedere in diminuzione il risultato 2009 a 6,8 milioni.

Come si diceva in precedenza sul finire dell'esercizio (17 dicembre 2009) si è pervenuti alla definizione del Piano di rientro per la regione Calabria. Solo in quella data si può dire concluso, quindi, il lungo processo di definizione dell'accordo, avviato nel gennaio 2008 con una prima proposta di Piano di rientro e riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale che era stata rigettata proprio per significativi disallineamenti nei dati contabili utilizzati come base del Piano.

Anche l'esercizio 2009 si chiude per la Regione con una forte perdita 232 milioni (159,7 nel 2008) cui si aggiungono ulteriori 893,2 milioni per le perdite da riportare di esercizi precedenti e rischi per maggiori costi di 11,5. Le perdite a cui dare copertura sono di poco inferiori ai 1.137 milioni.

3.4.3. Le regioni in disavanzo strutturale: andamenti tendenziali, obiettivi programmatici e risultati. Prime valutazioni a partire dai consuntivi CE

Con l'esercizio 2009 si conclude un primo triennio di gestione dei Piani di rientro. Nelle regioni in disavanzo strutturale che hanno predisposto i Piani di rientro, il confronto tra profili programmatici, misure introdotte e risultati ottenuti consente prime valutazioni sulla funzionalità dei Piani e sulla credibilità delle misure programmate, passo indispensabile per le scelte che dovranno essere assunte nell'immediato futuro. Nella tavola che segue sono posti a confronto pertanto per regione i dati relativi ai quadri tendenziali e programmatici contenuti nei Piani con i risultati emersi a consuntivo. Per una valutazione necessariamente semplificata degli andamenti regionali si sono distinti i costi relativi alla gestione diretta (comprensivi dei saldi della gestione straordinaria ed intramoenia) da quelli dell'assistenza convenzionata ed accreditata²⁰. Dal lato dei ricavi oltre al finanziamento indistinto e vincolato sono stati raccolti in una unica voce gli ulteriori finanziamenti, i ricavi e i proventi diversi.

Ad una prima lettura emerge con nettezza la differente posizione delle regioni.

Per la Liguria i dati di consuntivo confermano il risultato positivo emerso dal Tavolo di monitoraggio. Non mancano, tuttavia, andamenti che richiederanno una particolare attenzione. Determinante nella riduzione dei disavanzi è stata la forte flessione dei costi diretti, pressoché in linea con gli importi programmati. Il risultato è legato al calo degli accantonamenti, solo in parte dovuto al rinnovo dei contratti di lavoro. A ciò si aggiunge una forte crescita degli acquisti di beni, principalmente per la farmaceutica ospedaliera, che accentua un andamento già presente nei precedenti esercizi. Le riduzioni di spesa, superiori al programmato, per la farmaceutica convenzionata, per la specialistica e la riabilitativa privata sono compensate dall'incremento dell'altra assistenza da privato. Entrate diverse (ulteriori trasferimenti, ricavi e proventi diversi) superiori al previsto hanno consentito, tuttavia, di controbilanciare questi limitati scostamenti nei costi dell'assistenza diretta.

Nel Lazio il contenimento del disavanzo è stato solo limitato. Non si sono realizzati i risparmi relativi alla gestione diretta. I costi nel 2009 sono superiori agli stessi dati tendenziali: forti differenze rispetto al dato programmatico emergono nella gestione del personale, negli acquisti di beni (superiore al previsto di oltre 161 milioni, per la quasi totalità riguardanti la maggior spesa farmaceutica ospedaliera), negli accantonamenti e negli oneri finanziari. Tali eccedenze di spesa sono state solo in parte compensate dai migliori risultati ottenuti nella gestione dei servizi appaltati. Pur inferiori ai valori tendenziali, i costi dell'assistenza convenzionata risultano ancora lontani dagli obiettivi programmati. Questo è vero soprattutto nella specialistica (+24 per cento rispetto all'importo previsto nel Piano) e nella protesica (+31,8 per cento). Nell'assistenza ospedaliera da privato nel 2009 il costo è superiore del 10 per cento rispetto all'obiettivo, con uno scostamento, tuttavia, inferiore a quello registrato nel 2008 (+18 per cento). Di limitato sollievo risulta un'andamento delle entrate migliore del previsto.

²⁰ Nei costi diretti sono ricompresi i servizi appaltati. Nella tavola 14 pag 167 e seguenti del Rapporto di coordinamento della finanza pubblica – maggio 2010, tali costi erano invece ricompresi tra quelli acquistati dall'esterno insieme ai servizi per l'assistenza convenzionata e accreditata.

XVI LEGISLATURA – DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

TAVOLA 3.4.3.1

REGIONI CON PIANO DI RIENTRO - OBIETTIVI E RISULTATI - ANNO 2009

								(milioni euro)
	Costi assistenza gestione diretta	Costi assistenza convenzionata e accreditata	Totale costi	Finanziamento indistinto e vincolato (CIPE)	Ulteriori finanziamenti, proventi e ricavi	Totale ricavi	Risultato al netto mobilità	RISULTATO DA TAVOLO
LIGURIA								
Tendenziale	2.303	1.160	3.463	3.026	73	3.099	-363	-363
Programmatico	2.165	1.083	3.249	3.026	92	3.118	-130	-130
Consuntivo	2.193	1.077	3.269	3.037	153	3.190	-79	-98
Consuntivo/ Programmatico	1,3	-0,6	0,6	0,3	67,2	2,3	-39,1	-25,0
LAZIO								
Tendenziale	6.256	5.068	11.324	9.234	347	9.581	-1.743	-1.743
Programmatico	5.697	4.325	10.022	9.234	347	9.581	-441	-441
Consuntivo	6.376	4.735	11.112	9.310	382	9.692	-1.419	-1.374
Consuntivo/ Programmatico	11,9	9,5	10,9	0,8	10,2	1,2	222,0	211,8
ABRUZZO								
Tendenziale	1.448	921	2.369	2.213	45	2.258	-111	-111
Programmatico	1.471	824	2.295	2.213	57	2.270	-25	-25
Consuntivo	1.574	800	2.374	2.246	108	2.354	-19	-49
Consuntivo/ Programmatico	7,0	-2,9	3,4	1,5	89,4	3,7	-21,5	98,7
MOLISE								
Tendenziale	403	314	717	560	12	572	-145	-145
Programmatico	383	233	616	560	14	574	-42	-42
Consuntivo	409	259	667	555	12	566	-101	-81
Consuntivo/ Programmatico	6,8	10,9	8,3	-0,9	-16,4	-1,3	139,2	92,3
CAMPANIA								
Tendenziale	6.749	4.440	11.189	9.157	185	9.342	-1.848	-1.848
Programmatico	5.980	3.831	9.811	9.157	189	9.346	-465	-465
Consuntivo	6.264	3.833	10.097	9.491	170	9.661	-436	-726
Consuntivo/ Programmatico	4,8	0,0	2,9	3,6	-9,9	3,4	-6,3	55,9
SICILIA								
Tendenziale	5.158	3.675	8.832	7.927	127	8.055	-778	-778
Programmatico	4.948	3.449	8.397	8.109	219	8.328	-70	-70
Consuntivo	5.112	3.307	8.419	8.204	177	8.381	-38	-237
Consuntivo/ Programmatico	3,3	-4,1	0,3	1,2	-19,2	0,6	-45,8	241,0
SARDEGNA								
Tendenziale	2.038	947	2.985	2.746	71	2.816	-169	-169
Programmatico	1.815	890	2.705	2.746	71	2.816	111	111
Consuntivo	2.076	926	3.002	2.758	81	2.839	-164	-226
Consuntivo/ Programmatico	14,4	4,0	11,0	0,4	15,2	0,8	-247,5	-303,4

Fonte elaborazioni Corte dei conti su dati Ministero della salute

Nella regione Abruzzo il disavanzo dichiarato nel quadro tendenziale si è ridimensionato considerevolmente, pur non raggiungendo gli obiettivi di piano. Tale risultato è stato ottenuto grazie al taglio dei costi dell'assistenza convenzionata (superiore alle attese) e un aumento, anch'esso maggiore del programmato, delle altre entrate. Inferiori a quanto programmato sono i costi della specialistica, della riabilitativa e della stessa ospedaliera. Un taglio dei costi che ha "finanziato", tuttavia, un ulteriore aumento (oltre ai valori tendenziali) dell'assistenza diretta. Sono le spese di personale, gli acquisti di beni, gli interessi e gli accantonamenti diversi a presentare gli scostamenti più significativi. Il miglioramento nel risultato complessivo ha contato su entrate straordinarie connesse all'evento sismico di aprile 2009.

La correzione degli andamenti tendenziali nella regione Molise può dirsi realizzata a metà. Metà il taglio del disavanzo realizzato rispetto all'obiettivo, circa la metà il taglio dei costi della convenzionata che si è riusciti a conseguire rispetto a quanto programmato. I costi dell'assistenza diretta continuano invece a crescere: sono soprattutto gli acquisti di beni (e in principal modo la farmaceutica ospedaliera) a presentare, insieme agli accantonamenti di esercizio, le maggiori divergenze rispetto al programmato. I buoni risultati ottenuti nella riabilitativa, protesica e farmaceutica convenzionata consentono di compensare, almeno in parte, gli aumenti oltre l'obiettivo dell'assistenza specialistica e ospedaliera da privato. La riduzione rispetto al dato tendenziale è di rilievo, ma non sufficiente a veder conseguiti gli obiettivi programmatici. Incide sul risultato complessivo una seppur lieve riduzione delle entrate rispetto al previsto.

Per la Campania si può parlare di una correzione significativa del disavanzo, ma ancora insufficiente. Flettono sia i costi diretti che quelli per l'assistenza convenzionata ma, specie per i primi, l'obiettivo di contenimento sembra ancora lontano. I risultati superiori al previsto nella farmaceutica convenzionata e nella riabilitativa sono compensati da costi più alti nella specialistica, nella ospedaliera e nell'altra assistenza da privati. Nei costi diretti significative sono le differenze negli acquisti di beni, per la forte crescita dei costi per la farmaceutica ospedaliera, e nella spesa per interessi. Scostamenti più contenuti anche negli oneri per servizi appaltati. Superiori al programmatico sia le entrate per il finanziamento indistinto che le altre entrate.

La sanità siciliana sembra aver intrapreso un sentiero di riduzione del deficit. Per il momento, tuttavia, i dati di consuntivo segnalano una flessione superiore al previsto per i costi della convenzionata, mentre per quelli della gestione diretta ancora molto resta da fare. Anche in Sicilia i risultati sono frutto di andamenti contrastanti: nella convenzionata privata, le flessioni nella farmaceutica, nella ospedaliera e nella riabilitativa riescono a compensare le eccedenze di spesa nella specialistica e nell'altra assistenza privata. Per quanto riguarda l'assistenza diretta, sono superiori al programmato sia la spesa di personale che gli acquisti di beni e servizi. Elevato è lo scostamento registrato negli accantonamenti. I risultati in termini di entrate sono migliori delle attese.

La Sardegna è tra le regioni che al momento della sottoscrizione del piani di rientro godeva di una situazione economica relativamente migliore. L'esercizio 2009 si chiude con costi sui livelli del dato tendenziale, superiori di circa l'11 per cento al livello programmato. Nell'assistenza diretta eccedono il valore programmato i costi del personale (+ 6 per cento), per acquisti di beni (+20 per cento), per servizi (+13 per cento), per manutenzioni e riparazioni (+50 per cento). I costi dell'assistenza convenzionata sono superiori al valore obiettivo del 4 per cento. Anche in questo caso come risultante di andamenti differenziati: la flessione della farmaceutica, della medicina di base e della riabilitativa è più che compensata dagli sconfinamenti nella specialistica e protesica nonché nell'altra assistenza da privato. Nonostante un andamento delle altre entrate superiore al previsto, il disavanzo risulta in aumento anche rispetto allo stesso dato tendenziale.

3.5. Il ruolo dell'amministrazione centrale nella politica sanitaria**3.5.1. La missione "Tutela della salute": una lettura per programmi.**

La missione 20 "Tutela della salute" è suddivisa in 5 programmi, che costituiscono aggregati omogenei di attività, a cui vanno nel complesso stanziamenti per 1.286 milioni nel 2009. Come noto l'importo più consistente delle risorse destinate al finanziamento della sanità sono ricomprese nella missione "Relazioni finanziarie con le autonomie territoriali" ed in particolare nel Programma "Concorso dello Stato al finanziamento della spesa sanitaria", iscritta nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze. Alle missioni "Infrastrutture pubbliche e logistica" e "Ricerca e innovazione" sono attribuite, invece, le somme destinate al sostegno dei progetti per l'edilizia e per la ricerca sanitaria.

TAV.3.5.1.1

LE RISORSE PER LA "TUTELA DELLA SALUTE: UN'ANALISI PER PROGRAMMI E CATEGORIE ECONOMICHE

	REDDITI DA LAVORO DIPENDENTE	CONSUMI INTERMEDI	IMPOSTE PAGATE SULLA PRODUZIONE	TRASFERIMENTI CORRENTI AD A. P.	TRASFERIMENTI CORRENTI A FAMIGLIE E ISTITUZIONI SOCIALI PRIVATE	TRASFERIMENTI CORRENTI A ESTERO	INVESTIMENTI FISSI LORDI E ACQUISTI DI TERRENI	CONTRIBUTI AGLI INVESTIMENTI	ALTRI TRASFERIMENTI IN CONTO CAPITALE	TOTALE
stanziamenti iniziali - in migliaia di euro										
Programma 1	58.632,2	29.830,5	3.871,2	62.499,8	460.799,9	19.583,9	90,9			635.308,4
Programma 2	32.099,4	30.576,7	1.775,9	4.167,5		30,5	36,3	0,0	0,0	68.686,3
Programma 3	6.495,4	10.321,1	503,6	69.704,7			18,8	0,0		87.043,6
Programma 4	6.469,7	857,5	490,0	37.133,3			34,8		82,0	45.067,3
Programma 5	3.953,7	391,4	275,1							4.620,2
Missione 20	107.650,5	71.977,1	6.915,8	173.505,3	460.799,9	19.614,4	180,8	0,0	82,0	840.725,9
composizione percentuale										
Programma 1	54,5	41,4	56,0	36,0	100,0	99,8	50,3		0,0	75,6
Programma 2	29,8	42,5	25,7	2,4	0,0	0,2	20,1		0,0	8,2
Programma 3	6,0	14,3	7,3	40,2	0,0	0,0	10,4		0,0	10,4
Programma 4	6,0	1,2	7,1	21,4	0,0	0,0	19,2		100,0	5,4
Programma 5	3,7	0,5	4,0	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	0,5
Missione 20	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0		100,0	100,0
stanziamenti definitivi - in migliaia di euro										
Programma 1	61.238,6	304.134,4	3.996,0	66.101,4	519.070,4	19.521,5	340,8			974.403,1
Programma 2	34.650,1	49.804,3	1.809,1	4.150,0		30,5	301,3	0,0	4.135,8	94.881,1
Programma 3	6.822,3	14.637,5	525,8	71.397,9			48,8	56.058,3		149.490,6
Programma 4	6.622,4	14.404,9	500,2	37.524,6			49,7		81,9	59.183,7
Programma 5	3.953,7	3.890,9	275,1							8.119,8
Missione 20	113.287,1	386.871,9	7.106,3	179.173,9	519.070,4	19.552,0	740,6	56.058,3	4.217,7	1.286.078,3
composizione percentuale										
Programma 1	54,1	78,6	56,2	36,9	100,0	99,8	46,0	0,0	0,0	75,8
Programma 2	30,6	12,9	25,5	2,3	0,0	0,2	40,7	0,0	98,1	7,4
Programma 3	6,0	3,8	7,4	39,8	0,0	0,0	6,6	100,0	0,0	11,6
Programma 4	5,8	3,7	7,0	20,9	0,0	0,0	6,7	0,0	1,9	4,6
Programma 5	3,5	1,0	3,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6
Missione 20	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

La missione "Tutela della salute" è gestita in esclusiva dal Ministero della salute (e fino al 12 dicembre 2009, dal Ministero del lavoro della salute e delle politiche sociali), a cui va anche la gestione dei fondi per la ricerca e l'innovazione in campo sanitario ricomprese nei

programmi “Ricerca per il settore della sanità pubblica” e “Ricerca per il settore zoo profilattico”.

Nel caso delle infrastrutture, le risorse destinate alla sanità sono ricomprese nel programma “Opere pubbliche e infrastrutture” (all’interno della Missione Infrastrutture pubbliche e logistica) gestito dal Ministero delle infrastrutture. Pur rimanendo alla Salute il compito di monitoraggio sui progetti regionali, tale destinazione fa perdere di leggibilità e di unitarietà alla gestione.

Anche nel 2009 le somme destinate alla Tutela della salute (missione 20) sono riconducibili sostanzialmente a quattro categorie economiche, anche se ne muta significativamente il peso rispetto al 2008 : ai redditi da lavoro dipendente assorbono l’8,8 per cento degli stanziamenti (il 9,3 nel 2008), i consumi intermedi il 30,1 per cento (il 13,1 nel 2008) e i trasferimenti ad altre amministrazioni pubbliche il 13,9 per cento (il 22,1 nel 2008). Ai trasferimenti correnti a famiglie e organizzazioni sociali private vanno oltre il 40 per cento delle somme (52,3 per cento nello scorso esercizio).

Nel seguito si dà conto dell’attività svolta nell’anno basandosi sulla ripartizione della missione “Tutela della salute” per programmi, guardando al peso relativo delle risorse (anche in termini di stanziamenti definitivi di competenza), destinate a ciascun di essi e verificandone le caratteristiche in base alla disaggregazione per categorie economiche.

3.5.2. La Prevenzione, assistenza, indirizzo e coordinamento internazionale in materia sanitaria umana

Le priorità riferibili a tale programma riguardano gli interventi per la tutela igienico sanitaria degli ambienti di vita, del suolo e dell’aria, lo sviluppo e la definizione di linee strategiche per la prevenzione ed il controllo dei rischi sanitari. Particolare rilievo, non solo finanziario, hanno assunto le attività connesse alla gestione degli indennizzi a soggetti danneggiati a causa di vaccinazioni, trasfusioni o somministrazione di emoderivati. Sempre in tale ambito vanno collocate le attività volte al potenziamento del ruolo dell’Italia nel settore sanitario attraverso programmi di collaborazione bilaterale e il rafforzamento della presenza degli ospedali italiani nel mondo, nonché attraverso l’individuazione di un modello organizzativo di rapporti Stato – Regioni in materia di monitoraggio dei flussi di mobilità sanitaria in ambito internazionale.

Al programma vanno circa il 76 per cento degli stanziamenti complessivamente destinati alla missione “Tutela della salute”.

Di questi, nel 2009 oltre il 31 per cento è rappresentato da consumi intermedi. Si tratta in particolare delle somme destinate nell’esercizio all’acquisto dei vaccini per attività di profilassi internazionale (247,9 milioni) e degli oneri relativi al finanziamento del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie che opera in coordinamento con le strutture regionali (23,4 milioni).

I trasferimenti correnti ad amministrazioni pubbliche ammontano nell’esercizio i 66,1 milioni, in forte flessione rispetto all’esercizio precedente (106 milioni). Di questi, 31,3 milioni sono stati destinati alla Croce rossa, 13,9 milioni alle regioni per il finanziamento della formazione e 3,3 milioni ai centri trapianti.

XVI LEGISLATURA – DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tavola 3.5.2

PROGRAMMA 1 - PREVENZIONE, ASSISTENZA, INDIRIZZO E COORDINAMENTO
INTERNAZIONALE IN MATERIA SANITARIA UMANA

	Stanziamen. definitivo competenza	Stanziamen. definitivo di cassa	Impegni Totali	Pagato Totale
Valori assoluti in migliaia di euro				
REDDITI DA LAVORO DIPENDENTE	61.239	70.959	65.418	65.768
CONSUMI INTERMEDI	304.134	385.427	301.677	131.967
IMPOSTE PAGATE SULLA PRODUZIONE	3.996	4.642	3.695	3.699
TRASFERIMENTI CORRENTI AD AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE	66.101	103.107	64.512	100.511
TRASFERIMENTI CORRENTI A FAMIGLIE E ISTITUZIONI SOCIALI PRIVATE	519.070	545.116	509.992	330.550
TRASFERIMENTI CORRENTI A ESTERO	19.522	19.522	17.327	17.327
INVESTIMENTI FISSI LORDI E ACQUISTI DI TERRENI	341	427	142	174
TOTALE	974.403	1.129.200	962.765	649.996
Composizione 2009				
REDDITI DA LAVORO DIPENDENTE	6,3	6,3	6,8	10,1
CONSUMI INTERMEDI	31,2	34,1	31,3	20,3
IMPOSTE PAGATE SULLA PRODUZIONE	0,4	0,4	0,4	0,6
TRASFERIMENTI CORRENTI AD AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE	6,8	9,1	6,7	15,5
TRASFERIMENTI CORRENTI A FAMIGLIE E ISTITUZIONI SOCIALI PRIVATE	53,3	48,3	53,0	50,9
TRASFERIMENTI CORRENTI A ESTERO	2,0	1,7	1,8	2,7
INVESTIMENTI FISSI LORDI E ACQUISTI DI TERRENI	0,0	0,0	0,0	0,0
TOTALE	100,0	100,0	100,0	100,0
Variazione 2009/2008				
REDDITI DA LAVORO DIPENDENTE	21,4	12,6	16,0	4,3
CONSUMI INTERMEDI	444,7	229,8	560,8	66,8
IMPOSTE PAGATE SULLA PRODUZIONE	18,6	10,2	11,0	3,4
TRASFERIMENTI CORRENTI AD AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE	-37,6	-11,6	-37,5	52,5
TRASFERIMENTI CORRENTI A FAMIGLIE E ISTITUZIONI SOCIALI PRIVATE	-3,9	-5,2	-4,7	-2,4
TRASFERIMENTI CORRENTI A ESTERO	2,5	2,5	9,6	9,6
INVESTIMENTI FISSI LORDI E ACQUISTI DI TERRENI	70,3	0,4	-29,0	-55,7
TOTALE	25,7	26,2	26,7	14,8

Il 53,3 per cento (519 milioni) delle risorse assegnate al programma sono trasferimenti a famiglie ed istituzioni private. Si tratta principalmente degli importi dovuti per gli indennizzi e i risarcimenti ai soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazioni di emoderivati e per le cause di risarcimento danni (344,7 milioni – capitoli 2401 – 2409), nonché dei rimborsi delle spese per cure all'estero (116,2 milioni) e delle spese per il personale navigante (45,9 milioni).

I trasferimenti all'estero (19,5 milioni) sono destinati prevalentemente al finanziamento dell'Organizzazione mondiale della sanità.

Sono riferiti a questo programma numerosi degli obiettivi strategico strutturali attribuiti con la Direttiva generale per l'anno 2009 riconducibili a tre filoni principali:

- gli interventi per le professioni sanitarie²¹;
- le iniziative di comunicazione, di prevenzione e gli accordi internazionali²²;
- le iniziative per la sicurezza alimentare²³.

Le professioni sanitarie

Nel programma sono ricomprese le attività di coordinamento e vigilanza sull'esercizio delle professioni sanitarie e sulle risorse umane del SSN^{24,25}. L'obiettivo generale è garantire l'omogeneità della qualità e quantità delle prestazioni rese nei diversi settori, sia nella formazione che nell'esercizio della libera professione all'interno delle strutture sanitarie.

E' continuata anche nel 2009 la revisione della disciplina normativa in tema di professioni sanitarie e l'elaborazione di un progetto di riforma e di un nuovo status giuridico dei docenti. Sono stati, inoltre, rivisti i criteri di determinazione dei fabbisogni regionali delle Scuole di Specializzazione²⁶.

In tema di Educazione Continua in Medicina (ECM) è proseguita l'attuazione di quanto previsto dall'articolo 2 comma 357 della legge 24 dicembre 2007, n. 244. Tale provvedimento ha disposto il trasferimento all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali della gestione amministrativa del programma di ECM e dei compiti di supporto alla Commissione nazionale²⁷.

²¹ Si tratta in particolare del Miglioramento delle attività di formazione del personale del SSN (L.1), del Monitoraggio delle attività di telemedicina sul territorio nazionale (L.3), di Assicurare la continuità di cura nei diversi ambiti assistenziali (L.4), di Assicurare il regolare espletamento delle attività di supporto tecnico scientifico e amministrativo per il funzionamento del Consiglio superiore di sanità (L.6), di Assicurare il regolare espletamento dei compiti connessi alla partecipazione ai lavori del Sisac (L.7)

²² A questi filoni si riferiscono gli obiettivi operativi relativi allo "Sviluppo delle attività di cooperazione in ambito comunitario ed internazionale nel settore della ricerca in materia sanitaria (N.1)", a "Promuovere e sviluppare anche in un contesto internazionale, l'attuazione di percorsi territoriali di prevenzione" (N.1), a "Adottare iniziative finalizzate alla prevenzione, comunicazione e promozione della salute in un quadro di riferimento nazionale e internazionale" (N.2)

²³ A questa finalità sono da ricondurre gli obiettivi operativi di Ottimizzazione delle attività di coordinamento finalizzate alla tutela della salute alimentare (O.1), di Standardizzazione delle attività di valutazione del rischio finalizzate alla tutela della salute alimentare (O.3) e della Semplificazione e miglioramento delle procedure autorizzative di controllo nel settore dei Fitofarmaci (O.5)

²⁴ Tale attività ricomprende anche la vigilanza sugli Ordini e sui Collegi degli esercenti le professioni sanitarie, e attività di supporto per il funzionamento della Commissione centrale per le professioni sanitarie e la promozione della professionalità del personale operante nel SSN (riconoscimento dei titoli professionali dei cittadini comunitari ed extracomunitari appartenenti all'area delle professioni sanitarie: medici, farmacisti, veterinari, aree infermieristica, area della riabilitazione, area tecnica e area della prevenzione).

²⁵ Al riguardo si veda anche la deliberazione della Sezione Centrale di controllo di legittimità della Corte che nell'esaminare il conferimento ad un dirigente medico di un incarico professionale nell'ambito di un ufficio del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, ha affermato che non esiste un'equiparazione sostanziale tra i dirigenti delle professioni mediche e i dirigenti di II fascia dei ruoli dirigenziali di cui all'articolo 23 del Dlgs 165/2001. Di conseguenza poiché al personale di dirigenza di area I possono essere attribuiti esclusivamente incarichi di struttura semplice, di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, studio e ricerca, ispettivi di verifica e controllo, senza per questo essere equiparati ai dirigenti di seconda fascia, agli stessi non può essere attribuita la titolarità di uffici dirigenziali istituiti all'interno del Ministero.

²⁶ Sulla base di un set di indicatori da utilizzare per il riparto (popolazione residente; entità del Fondo Sanitario Nazionale indistinto assegnato a ciascuna Regione; presenza sul territorio delle Regioni di Atenei; offerta e capacità formativa degli Atenei medesimi) è stato definito un modello che consente di attribuire in modo oggettivo il parametro di riferimento per il riparto dei contratti per la formazione specialistica da assegnare alle singole Regioni. Ciò ha permesso di migliorare i criteri per il riparto dei contratti di formazione richiesti (si tratta di circa 5.000 contratti di formazione per anno nel triennio 2009/2011).

²⁷ La complessità e l'articolazione della gestione amministrativa dell'intero Sistema ECM ha reso necessaria la previsione di un periodo transitorio. A tal fine, nel mese di marzo 2009 è stata stipulata una convenzione fra il Ministero e l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, in base alla quale il Ministero ha assicurato il proprio supporto in termini di risorse umane, logistiche e strumentali.

Definito il nuovo Programma di ECM, è stato siglato l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome concernente "il nuovo sistema di formazione continua in medicina. Accreditamento dei Provider ECM, formazione a distanza, obiettivi formativi, valutazione della qualità del sistema formativo sanitario, attività formative realizzate all'estero, liberi professionisti."

E' continuato il monitoraggio della libera professione all'interno delle strutture sanitarie e dell'attività intramoenia. La Relazione annuale sugli esiti del monitoraggio, predisposta, con riferimento al 31 dicembre 2008, ha messo in evidenza la difficoltà da parte delle Regioni di ultimare nei tempi previsti gli interventi di ristrutturazione edilizia ammessi a finanziamento. Il termine è stato prorogato al 31 gennaio 2012.

Rinviando per un esame dei risultati dell'andamento degli investimenti in edilizia sanitaria all'ultimo paragrafo del capitolo (che aggiorna sugli andamenti al 31 dicembre 2009), l'analisi svolta ha consentito di rilevare come la maggioranza delle regioni (15) a fine 2008 aveva la necessità di acquisire spazi ambulatoriali esterni per l'esercizio delle attività intramoenia²⁸. Sette regioni avevano già attivato il servizio di prenotazione in tutte le aziende²⁹ mentre in 9 l'attivazione era ancora parziale³⁰. La spesa per prestazioni erogate in regime di intramoenia era cresciuta del 5% dal 2006 al 2008, passando da 1.148,8 milioni a 1.205,1 milioni di euro. I risultati erano tuttavia molto diversi per area territoriale.

Tutte le Regioni e le Province Autonome hanno definito i tempi massimi di attesa, ma 7 di esse non risultavano adempienti per quanto concerne la garanzia dell'allineamento dei tempi di erogazione delle prestazioni ai tempi medi di quelle rese in regime di libera professione (1 Regione è solo parzialmente adempiente). Una valutazione di sintesi del livello di adempimento regionale alle disposizioni previste dalla legge n. 120/2007, definita sulla base degli indicatori³¹ elaborati nella Relazione annuale sugli esiti del monitoraggio, consentiva di rilevare come solo 9 regioni presentavano positivi risultati nella maggioranza degli indicatori. Si tratta della Basilicata, Emilia, Friuli V.G, Lombardia, Marche, Puglia, Toscana, Umbria e Provincia di Trento.

Le iniziative di comunicazione

Nel 2009 le iniziative di comunicazione hanno riguardato i grandi temi di prevenzione, già individuati nel Piano Sanitario Nazionale 2006-2008.

Nell'esercizio sono stati realizzati due progetti: uno che verte sulla promozione dello screening dei tumori del collo dell'utero con la veicolazione di uno spot sul tema realizzato con l'Istituto superiore di sanità; un secondo (gestito con le Regioni) che riguarda l'individuazione, nel contesto dell'Unità di crisi sull'influenza A, di prodotti editoriali informativi per prevenire il manifestarsi della pandemia, con particolare riferimento alla campagna di vaccinazione.

E' stato predisposto il nuovo piano di comunicazione finalizzato a coordinare l'attività del Ministero con quella delle associazioni del volontariato, creando un punto di riferimento per il cittadino.

Sono state realizzate una serie di campagne di comunicazione ed eventi indirizzando l'attenzione, in particolare, sulla promozione degli stili di vita salutari nella popolazione in

²⁸ Si tratta di Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, Marche, Piemonte, Puglia, Sardegna, Toscana, Valle d'Aosta, Veneto.

²⁹ Si tratta di Basilicata, Emilia Romagna, Marche, Molise, Puglia, Toscana, P.A. Trento

³⁰ In Calabria hanno il servizio unico di prenotazione 5 su 11 aziende, in Campania (17/24), nel Lazio (4/20), in Liguria (8/12), in Lombardia (46/48), in Piemonte (11/23), in Sardegna (6/12), in Umbria (3/6), in Veneto (10/24)

³¹ (Indicatori Regionali: interventi di ristrutturazione edilizia / passaggio al regime ordinario dell'attività libero-professionale intramuraria/ conflitto di interessi - concorrenza sleale /tempi di attesa Indicatori Aziendali tempi di attesa/ governo aziendale della libera professione/ piano aziendale / contenuti e diffusione dei piani)

funzione della prevenzione delle malattie croniche, in linea con quanto già realizzato nei precedenti esercizi³².

E' proseguita l'attività di informazione al cittadino attraverso l'utilizzo di spazi sulle reti pubbliche, per mezzo di una convenzione con la RAI stipulata con fondi di esercizi finanziari precedenti (approfondimento informativo su temi di prevenzione e corretti stili di vita).

Più articolato è risultato l'impegno in due aree tematiche: la promozione della salute nei settori materno-infantile e dell'età evolutiva e quello connesso ai flussi migratori. Su entrambe le aree, sono state previste attività di studio del fenomeno o di sue caratteristiche specifiche, sperimentazioni di modelli gestionali e una fase di comunicazione.

Nel caso dell'Immigrazione e salute, il miglioramento dell'informazione sui fabbisogni è stato affrontato con un progetto affidato all'ISS, che ha l'obiettivo di definire lo stato di salute della popolazione straniera e di fornire una panoramica a livello nazionale e delle politiche regionali, nonché individuare buone prassi assistenziali con particolare attenzione alla fruibilità dei servizi. Il progetto Indagine Multiscopo sulle Famiglie "Condizione e integrazione sociale dei cittadini stranieri" che dovrebbe permettere di analizzare il legame tra condizione di salute, stili di vita e qualità della vita degli immigrati, l'accesso alle cure e ai servizi socio-sanitari, le differenze rispetto alla popolazione residente italiana, le difficoltà incontrate nel rapporto con i servizi sanitari. Il progetto, affidato all'Istat, dovrebbe coinvolgere i componenti di 12.000 famiglie con almeno uno straniero residente in Italia, per un confronto di indicatori tra italiani e stranieri³³.

Il progetto "Promozione della salute della popolazione immigrata"³⁴ realizzato dalla Regione Marche è stato, infine, alla base del progetto affidato all'Agenas dal CCM nel 2009, "La salute della popolazione immigrata: il monitoraggio dei Sistemi Sanitari Regionali", che punta sulla conoscenza dei bisogni di salute della popolazione immigrata attraverso un monitoraggio istituzionale e sistematico da parte dei SSR e del SSN nel suo insieme, al fine di individuare le priorità di intervento.

Per quanto riguarda le misure di assistenza socio sanitaria a favore degli immigrati³⁵, è stato finanziato con le risorse previste per l'anno 2008, un progetto in materia di integrazione socio-sanitaria, in collaborazione con l'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà (INMP). Con tale Istituto il Ministero ha sottoscritto una convenzione per una durata complessiva di 18 mesi con l'obiettivo di valorizzare il processo di inclusione sociale degli immigrati, anche attraverso una politica di tutela della salute. I destinatari del progetto sono gli immigrati residenti in diverse

³² Nove le campagne di comunicazione che hanno riguardato la lotta contro il tabagismo, l'abuso di alcol tra i giovani (il 71% degli incidenti stradali derivanti da un alterato stato psicofisico del conducente è dovuto all'ebbrezza da alcol e coinvolgono spesso i giovani) e l'Aids (contrastare l'abbassamento dell'attenzione della popolazione italiana nei confronti del problema Aids); la prevenzione primaria e secondaria; la prevenzione dell'endometriosi (un problema che pur interessando tre milioni di persone in Italia), dell'infertilità e delle patologie cardiovascolari; l'abbandono degli animali d'affezione (risultano censiti circa 600 mila cani randagi); la sensibilizzazione alla donazione e al trapianto di organi, tessuti e cellule.

³³ Il quadro informativo potrà contare anche sui risultati della ricerca sull'assistenza alle donne straniere prevista nell'ambito del progetto "Percorso nascita – Promozione e valutazione della qualità dei modelli operativi" che si pone come obiettivo di stimare nella popolazione immigrata che affronta il percorso nascita i principali indicatori relativi ad esso, anche in confronto con un campione di cittadine italiane partorienti. Il progetto prevede la sperimentazione controllata dei progetti strategici descritti nel Progetto Obiettivo Materno Infantile del 2000 (POMI), al fine di acquisire elementi concreti di valutazione ed in particolare verificare l'impatto migliorativo sugli indicatori di salute relativi al percorso nascita, quando queste progettualità vengono applicate. Al POMI hanno aderito 12 Regioni ed il progetto è in corso in 20 Aziende Sanitarie Locali.

³⁴ Il progetto "Promozione della salute della popolazione immigrata" (Regione Marche), concluso, prevede l'individuazione e l'adozione di strumenti di analisi epidemiologica della domanda di salute della popolazione immigrata ai fini di individuare le priorità di intervento e l'adozione e l'implementazione, nell'ambito dei servizi territoriali, di modelli organizzativi sanitari regionali adeguati a garantire l'equità nell'accesso alla medicina di base e alle cure primarie.

³⁵ Sulla base della pregressa esperienza avviata negli anni 2001-2002 con l'Istituto S.Gallicano, che ha realizzato un sportello di consulenza e orientamento socio-sanitario degli immigrati che accedono al servizio di medicina preventiva delle migrazioni.

zone geografiche italiane e gli operatori presenti nei servizi socio-sanitari di 40 ASL italiane, rappresentative della presenza della popolazione immigrata in Italia.

Sul fronte della comunicazione con la popolazione migrante, sono state finanziate due associazioni ed è stata prevista la pubblicazione in 10 lingue di una guida utile per le famiglie immigrate. E' stato inoltre affidato alla CARITAS il progetto, recentemente concluso, "Accesso dei servizi sanitari ed educazione alla salute delle popolazioni Rom: sperimentazione di un modello di intervento attraverso la realizzazione e distribuzione di uno specifico opuscolo", che ha lo scopo di sperimentare una metodologia di intervento, applicabile in ogni realtà italiana, che permetta di avvicinare l'istituzione sanitaria pubblica alle comunità Rom e Sinti, attraverso la responsabilizzazione degli operatori sociosanitari nell'orientare al corretto uso dei servizi sanitari territoriali e nell'offerta di educazione alla salute. Nell'indagine sono state coinvolte le ASL di Roma, Firenze, Milano, Palermo, Messina e Trento.

Infine anche per l'anno 2009, ai sensi della legge 9 gennaio 2006, n. 7 "Disposizioni concernenti la prevenzione ed il divieto delle pratiche di mutilazioni genitali femminili", sono stati ripartiti tra le Regioni e le Province Autonome, le somme stanziare (circa 2 milioni di euro per effetto della riduzione effettuata dal Ministero dell'economia sui 2,5 milioni precedentemente previsti) per l'attuazione dell'art. 4, concernente la formazione delle figure professionali sanitarie che operano con le comunità di immigrati provenienti da Paesi dove sono effettuate tali pratiche, per realizzare una attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine già sottoposte a tali pratiche.

Sono, infine, continuate nell'esercizio le attività relative allo "Studio sulle cause di mortalità e morbidità materna e messa a punto di modelli di sorveglianza della mortalità materna" (100.000 euro) ha lo scopo di poter disporre di un reale dato di mortalità materna in Italia. Lo studio è in corso e la sua conclusione è prevista per settembre 2010.

Ad esso si aggiungono gli studi e le ricerche contro la sterilità e l'infertilità, affidati dal Ministero all'ISS o dallo stesso coordinati, con fondi previsti dall'art. 2 della legge 40/2004 (2,6 milioni di euro).

Le attività di prevenzione

Nell'anno 2009 il Ministero è stato impegnato nelle azioni di contrasto dell'emergenza sanitaria causata dalla temuta pandemia da nuovo virus influenzale A (H1N)1, anche in relazione all'obiettivo operativo "Implementazione e monitoraggio delle attività di preparazione e risposta ad una pandemia, con particolare riguardo alla scelta e all'approvvigionamento di presidi preventivi".

In relazione al susseguirsi delle comunicazioni e delle raccomandazioni dell'OMS sull'evoluzione della diffusione del nuovo virus influenzale, l'Italia ha messo in atto le misure previste dal Piano Nazionale di Preparazione aggiornato con la stesura del "Addendum al Piano Pandemico".

All'amministrazione è stato affidato il compito di assicurare ai cittadini adeguate scorte di farmaci antivirali e di vaccini, ai fini della riduzione della morbosità e mortalità della pandemia influenzale.

È stata pertanto condotta una valutazione della capacità produttiva di vaccini in ambito nazionale, che ha tenuto conto di diversi parametri utili a fronteggiare situazioni di emergenza e ha considerato gli aspetti relativi alla reperibilità, alla conservazione, alla biosicurezza della produzione vaccinale.

Sono stati considerati i possibili scenari di impatto di una pandemia, in base al tasso di attacco della malattia, per stimare il fabbisogno vaccinale ed è stata effettuata l'analisi comparativa tra capacità produttiva di vaccini a livello nazionale e fabbisogno vaccinale. Su

questa base il Ministero ha proceduto ad acquistare i vaccini considerati necessari per fronteggiare la temuta pandemia influenzale da virus A/H1N1.³⁶

Per quanto attiene al “Piano Nazionale della Prevenzione (PNP), il 25 marzo 2009 la Conferenza Stato Regioni ha approvato la proroga al 2009 del PNP esistente, mantenendone inalterati obiettivi, linee di intervento e modalità di certificazione e finanziamento, in vista dell’emanazione del nuovo Piano per il successivo triennio.

Nei primi mesi dell’anno è stato definito il nuovo documento di Piano. Oltre a considerare i programmi di prevenzione collettiva, finalizzati ad affrontare problematiche sanitarie sia con interventi rivolti alla persona (screening, vaccinazioni, educazione sanitaria), che agli ambienti di vita e di lavoro (controlli nel settore alimentare e delle acque potabili, prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali, ecc.), il nuovo Piano tenta una prima sistematizzazione dei programmi di prevenzione di patologia, al fine di ridurre, anche su questo versante, il carico di malattia.

Riguardo alla legge n. 194/78 è stato rafforzato il monitoraggio per arrivare alla sua completa attuazione. La relazione sullo stato di attuazione della legge riporta i dati raccolti dal sistema di sorveglianza epidemiologica delle Interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) (Ministero, Istituto Superiore di Sanità e Regioni in collaborazione con l’ISTAT), relativi all’andamento generale del fenomeno, alle caratteristiche delle donne che fanno ricorso all’IVG, alle modalità di svolgimento dell’IVG. A decorrere dal gennaio 2010 è stato previsto il monitoraggio anche dell’IVG farmacologica, nonché la durata ed il tipo di ricovero ad esso connesso.

E’ stata presentare al Parlamento la relazione annuale sullo stato di attuazione della legge 40/2004. Per il monitoraggio della legge sono operanti presso il Ministero della Salute due Commissioni: una denominata “Osservatorio sull’applicazione del decreto 191 alla procreazione medicalmente assistita” istituito il 23 giugno 2009, che ha il compito di verificare le modalità di attuazione delle direttive europee nell’ambito della procreazione medicalmente assistita in Italia e di stabilire le disposizioni da assumere in tema di qualità e sicurezza relative alla donazione e alla conservazione di tessuti e cellule umane di cui al decreto l.vo n. 191/2007; una seconda, denominata “Commissione di studio sulle problematiche relative agli embrioni conservati nei centri di Procreazione Medicalmente Assistita” con il compito di affrontare le questioni di carattere giuridico, etico e scientifico relative alla conservazione degli embrioni nei centri di procreazione medicalmente assistita, e alla formulazione del consenso informato da parte delle coppie.

In materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro è stato approvato il decreto integrativo e correttivo del d.lgs. 81/2008 (d.lgs.106/2009) e risulta raggiunto l’obiettivo previsto dal Patto per la salute e sicurezza sui luoghi di lavoro (dPCM 17 dicembre 2007) del 4 per cento delle aziende controllate rispetto al numero totale delle aziende, su base regionale. In materia di “Tutela e Sicurezza nei luoghi di lavoro” è stato costituito presso il Ministero della Salute il “Comitato per l’indirizzo e la valutazione delle politiche attive e per il coordinamento nazionale delle attività di vigilanza in materia di salute e sicurezza sul lavoro” ed è stato, inoltre, istituito l’elenco nazionale dei medici competenti.

³⁶ Al riguardo si ricorda che il decreto di approvazione del contratto di fornitura di dosi di vaccino antiinfluenzale A (H1N1) è stato registrato dalla Sezione Centrale di controllo di legittimità della Corte con deliberazione 16/2009 nell’adunanza del 10 settembre 2009. Il contratto è sorretto dall’Ordinanza del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 3798 del 31 luglio 2009 che autorizza il Ministero ad acquisire in termini di somma urgenza (con i poteri di cui all’articolo 1, comma 2 dell’ordinanza del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 3275 del 28 marzo 2003) la fornitura del vaccino e dei farmaci antivirali per assicurare la vaccinazione di almeno il 40 per cento della popolazione. Il riferimento all’ordinanza del 2003 ha reso operative numerose deroghe alle norme e ha posto il provvedimento al di fuori degli ordinari schemi contrattuali. Di conseguenza non si è proceduto alla disamina dei punti di rilievo sollevati dall’Ufficio di controllo.

Le relazioni internazionali

Numerose le iniziative avviate allo scopo di promuovere e sviluppare, in un contesto di cooperazione internazionale, l'attuazione di percorsi territoriali di prevenzione e tutela della salute in tutte le età della vita.

Queste iniziative hanno l'obiettivo di promuovere il rafforzamento dei sistemi sanitari e dell'offerta di salute all'interno dell'area del Mediterraneo, in linea con gli impegni presi all'interno del Processo di Barcellona. In tale contesto nel dicembre 2009 sono state sottoscritte cinque convenzioni che prevedono il finanziamento di progetti nel campo delle malattie indotte da cibo, della cardiocirurgia pediatrica, dell'oncologia (2 convenzioni), e dei trapianti.

Per l'avvio di questi progetti sono stati stanziati, a seguito degli impegni assunti in occasione della Conferenza del Cairo, 650mila euro.

E' continuata nell'anno la attività per la definizione e/o l'attuazione di intese ed accordi in materia sanitaria con Paesi del Mediterraneo (Libia e Tunisia), del Medio oriente, dell'America latina (programma Eurosocal), dell'Africa (Tanzania, Uganda), dell'Asia (Uzbekistan, Armenia e Pakistan) e dell'Europa (Malta, Montenegro, Repubblica Moldova)

In attuazione di specifici obiettivi operativi è stato conclusa, d'intesa con le Regioni, la raccolta delle disposizioni inerenti la mobilità sanitaria in ambito comunitario e internazionale e la predisposizione di una guida sui diritti e doveri dei cittadini italiani in materia di prestazioni sanitarie fruibili all'estero

E' stato inoltre avviato il progetto "Mattone Internazionale", che ha per obiettivo il miglioramento della presenza delle Regioni (intese come sistema sanitario regionale) sia in Europa che a livello internazionale. Tale attività è volta ad ottenere, attraverso l'internazionalizzazione del settore salute, lo sviluppo del confronto con i migliori sistemi sanitari europei ed extraeuropei e con le Istituzioni e le Agenzie internazionali che a vario titolo intervengono in questi processi.

E' proseguita nell'anno l'attività svolta dal Ministero per l'assistenza sanitaria all'estero in applicazioni dei regolamenti UE di sicurezza sociale e di accordi contabili bilaterali con paesi UE. L'Amministrazione al riguardo lamenta la "cronica insufficienza" di risorse finanziarie sul cap. 4391 – sottodimensionate di un 30/40 per cento rispetto alle necessità di rimborso agli altri Stati europei delle spese sanitarie dei cittadini italiani all'estero. Carenza che l'amministrazione deve affrontare con la definizione dei contenziosi onde evitare dinieghi di assistenza da parte degli Stati creditori. Nel 2009 sono stati stanziati 116,2 milioni (142,8 nel 2008) che risultano interamente impegnati e pagati.

Va infine ricordato che l'assistenza sanitaria ai cittadini italiani, in temporaneo soggiorno all'estero per motivi di lavoro, è disciplinata dal DPR. 618/80, di attuazione dell' art. 37, comma 1, della legge n.833 del 1978. L'assistenza spetta a tutti i lavoratori, subordinati o autonomi, privati o pubblici, indicati nell'art. 2 del predetto DPR e può essere garantita in forma diretta nei Paesi con i quali sono in vigore convenzioni o accordi bilaterali o multilaterali, oppure in forma indiretta nei Paesi con i quali non sussistano accordi³⁷.

Nell'anno 2009 sono state istruite e liquidate circa 1300 istanze di rimborso delle spese sanitarie di lavoratori di diritto italiano all'estero per motivi di lavoro, in Paesi extra U.E. per un onere pari a 6,8 milioni.

La sicurezza alimentare

In tema di sicurezza alimentare l'Amministrazione svolge un ruolo di rilievo sia nella partecipazione alla definizione delle direttive comunitarie, sia nella implementazione e definizione di linee guida applicative della normativa europea.

³⁷ Per l'assistenza sanitaria in forma diretta ai dipendenti pubblici e ai relativi familiari a carico negli Usa e in Canada, dal gennaio 2009 sono in vigore convenzioni con la "Blue Cross & Blue Shield" negli USA, e con Cowen in Canada.

Le iniziative assunte riguardano l'igiene generale degli alimenti, la sicurezza delle produzioni agricole, l'igiene delle tecnologie alimentari, l'igiene generale dei prodotti di origine animale, la nutrizione ed alimentazione particolare, l'etichettatura e informazione dei consumatori, i fitofarmaci, le esportazioni verso i Paesi Terzi con i correlati controlli. Un ruolo a cui va ad aggiungersi quello di coordinamento e indirizzo per le attività di controllo degli alimenti a tutela del consumatore.

La rete dei controlli, che comprende anche quelli alle frontiere, si articola in Piani specifici, individuati per settore, di cui si da conto nelle relazioni destinate alla Commissione Europea e/o al Parlamento³⁸.

Per quanto riguarda il settore dei fitofarmaci - finanziato dal capitolo 5008 p.g. 2 - sono state stipulate nel 2009 nove convenzioni, concernenti l'attuazione di programmi sulla materia e le attività relative alla registrazione, all'adeguamento e alle revoche dei prodotti fitosanitari. La valutazione dei prodotti fitosanitari riguarda gli aspetti sanitari, agronomici ed ambientali di sostanze attive nuove da impiegare nell'agricoltura e da sottoporre a revisione e si realizza su istanza delle aziende del settore, che ogni anno in media presentano 7.000 istanze. Le convenzioni sono state finanziate da due riassegnazioni pervenute nel corso dell'anno sul capitolo 5008, provenienti dalle entrate connesse alla medesima attività e dai fondi dell'IGRUE.

E' stato rifinanziato anche il Piano nazionale residui di prodotti di origine animale (PNR - capitolo 5009), un programma di sorveglianza e monitoraggio della presenza negli animali e negli alimenti di origine animale di residui di sostanze chimiche che potrebbero essere dannose per la salute pubblica. Il controllo si effettua mediante l'analisi di campioni prelevati lungo tutta la filiera di produzione degli alimenti di origine animale e prevede un sistema informatico integrato nel Sistema Informativo Nazionale (NSIS/PNR). In relazione ad esso è stata stipulata una convenzione tra il Ministero e I.Z.S. dell'Abruzzo e del Molise.

Altro tema di interesse è quello della celiachia. Lo stanziamento del 2009 è stato distribuito alle Regioni per erogare pasti senza glutine in strutture pubbliche, scolastiche e ospedaliere, e per l'inserimento di appositi modelli informativi sulla celiachia nell'ambito di formazione e aggiornamento per ristoratori e albergatori. I fondi erogati alle Regioni e Province Autonome, in virtù della legge 123 del 4 luglio 2005, nell'anno 2009 ammontano a 3,1 milioni di euro.

Con riguardo all'obiettivo strategico "Ottimizzazione delle attività di coordinamento finalizzate alla tutela della salute alimentare" sono stati portati a termine due obiettivi operativi:

lo studio di fattibilità di un piano di monitoraggio nazionale sui contaminanti ambientali nei prodotti di origine animale. Il monitoraggio dei livelli di concentrazione dei contaminanti ambientali negli alimenti è condotto attraverso l'utilizzo di animali che fungono da bio-indicatori di esposizione, in particolare in quelle aree a rischio o sotto forte impatto ambientale. In base alle risultanze dello studio è stato predisposto un piano di monitoraggio, con l'obiettivo di acquisire, su base nazionale, elementi conoscitivi sulla presenza e diffusione dei contaminanti ambientali tossici negli alimenti di origine animale, nelle aree a maggior impatto ambientale;

il progetto finalizzato al miglioramento della qualità nutrizionale e della sicurezza alimentare nei soggetti ospedalizzati, anziani e/o degenti delle strutture riabilitative. Il gruppo di lavoro, con il contributo di esperti del settore e rappresentanti del mondo scientifico, ha elaborato il documento "Linee di indirizzo nazionale per la ristorazione ospedaliera e

³⁸ Piano nazionale integrato dei controlli (PNI), vigilanza e controllo degli alimenti e delle bevande in Italia, controllo sui residui di prodotti fitosanitari negli alimenti di origine vegetale, controllo dell'immissione in commercio e utilizzazione dei prodotti fitosanitari, Piano nazionale di controllo sugli organismi geneticamente modificati (OGM), Piano nazionale residui nei prodotti di origine animale (PNR). Attività cui si deve aggiungere quella di confronto con le Regioni e in particolare nel corso del 2009 al rapporto con i Servizi di igiene degli alimenti e nutrizione (SIAN) per le attività che ricadono nel regolamento comunitario 852/2004, fornendo chiarimenti e indicazioni operative.