Tabella 3 - Costi e ricavi del SSN *(milioni di euro) - Anni 2007-2008

| | | | 200 | 7. | 1 | | | | 200 | 8 | | Mag. |
|-----------------------|----------|---------|--------------------------------|-------------|--------|-------------------------|---------|---------|--------------------------------|----------|---------------------|-------------------------|
| | Costi | Ricavi | Saldi mobilità sanitaria | | ultato | , | Costi | Ricavi | Saldi mobilità sanitaria | 1000 | sultato sercizio | , |
| | A | В | С | (A + B + C) | (%) | (euro pro capite) | A | В | (Valori 2007) C | (A+B+ C) | (%) | (euro pro capite) |
| Piemonte | -7.900 | 7.934 | -3 | 31 | | 7 | -8.253 | 8.259 | -3 | 3 | | 1 |
| Valle d'Aosta | -252 | 255 | -16 | -14 | 0 | -108 | -265 | 266 | -16 | -15 | 0 | -123 |
| Lombardia | -16.430 | 15.999 | 441 | 10 | | 1 | 16.904 | 16.484 | 441 | 21 | | 2 |
| P.A. Bolzano | -1.069 | 1.084 | 8 | 22 | | 46 | -1.116 | 1.124 | 8 | 15 | | 31 |
| P.A. Trento | -976 | 985 | -17 | -8 | 0 | -17 | -1.003 | 1.017 | -17 | -2 | 0 | -4 |
| Veneto | -8.446 | 8.422 | 100 | 75 | | 16 | -8.652 | 8.568 | 100 | 16 | | 3 |
| Friuli Venezia Giulia | -2.195 | 2.219 | 15 | 39 | | 32 | -2.362 | 2.354 | 15 | 8 | | 6 |
| Liguria | -3.150 | 3.026 | -18 | -142 | 4 | -88 | -3.225 | 3.133 | -18 | -109 | 3 | -68 |
| Emilia Romagna | -7.822 | 7.520 | 327 | 26 | | 6 | -8.125 | 7.805 | 327 | 7 | | 2 |
| Toscana | -6.642 | 6.578 | 107 | 42 | | 12 | -6.813 | 6.746 | 107 | 39 | | 11 |
| Umbria | -1.526 | 1.517 | 15 | 7 | | 8 | -1.574 | 1.576 | 15 | 17 | | 19 |
| Marche | -2.573 | 2.631 | -43 | 15 | | 10 | -2.689 | 2.751 | -43 | 19 | | 12 |
| Lazio | -11.153 | 9.494 | 45 | -1614 | 41 | -292 | 11.220 | 9.537 | 45 | -1.639 | 49 | -297 |
| Abruzzo | -2.385 | 2.238 | -4 | -151 | 4 | -115 | -2.369 | 2.285 | -4 | -88 | 3 | -67 |
| Molise | -636 | 548 | 22 | -67 | 2 | -208 | -657 | 562 | 22 | -73 | 2 | -228 |
| Campania | -9.878 | 9.295 | -280 | -864 | 22 | -149 | -9.872 | 9.656 | -280 | -497 | 15 | -86 |
| Puglia | -6.870 | 6.732 | -175 | -313 | 8 | -77 | -7.091 | 6.852 | -175 | -414 | 12 | -102 |
| Basilicata | -989 | 1.010 | -39 | -18 | 0 | -30 | -1.020 | 1.034 | -39 | -26 | 1 | -44 |
| Calabria | -3.272 | 3.369 | -223 | -125 | 3 | -63 | -3.344 | 3.454 | -223 | -114 | 3 | -57 |
| Sicilia | -8.473 | 8.097 | -199 | -574 | 15 | -114 | -8.441 | 8.308 | -199 | -332 | 10 | -66 |
| Sardegna | -2.734 | 2.774 | -62 | -22 | 1 | -14 | -2.847 | 2.871 | -62 | -38 | 1 | -23 |
| Totale | -105.370 | 101.726 | -0 | -3644 | 93 | -61 | 107.846 | 104.644 | -0 | -3.202 | 96 | -54 |
| Solo perdite | | | | -3.912 | 100 | | | | | -3.347 | 100 | |
| Solo utili | | | | 268 | | | | | | 145 | | |

^{*} 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.

NB.

- i valori dei saldi della mobilità interregionale non sono aggiornati in relazione agli esiti degli accordi regionali bilaterali per la composizione delle controversie concernenti i relativi importi di addebito e di accredito.
- il risultato di esercizio può differire da quello risultante dal tavolo di verifica degli adempimenti che opera a decorrere dal 2001 sulla base di una metodologia concordata con le regioni.
- per Piemonte, Emilia Romagna, Veneto e Calabria i risultati esposti contengono nel risultato di gestione interventi di copertura a carico dei rispettivi bilanci regionali anche con risorse rivenienti dalle entrate fiscali.

FONTE: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali Sistema Informativo Sanitario (SIS): consuntivo per 2007; 4° trimestre per 2008 (al 9 marzo 2009).

finanziamenti aggiuntivi alla sottoscrizione di specifici Accordi volti al conseguimento di obiettivi di contenimento della dinamica dei costi.

Rispetto al biennio in esame, i riferimenti normativi principali sono:

1) l'art. 1, c. 797, Legge 296/06 che ha previsto un Fondo transitorio (di 1 miliardo di euro per il 2007, 0,850 per il 2008 e 0,700 per il 2009), da ripartirsi tra le regioni interessate da elevati disavanzi

Iabella 4 - Ricavi del SSN - Anno 2008 - Composizione per regione

| Regioni | Irap e Sdd.le Irpef (stima) | Fabbisogno Sanitario ex D. Lgs. 56/00 | Ulteriori Trasferimenti da Pubblico e da Privato | Ricavi e Entrate Proprie Varie | Ricavi Straordinari | Fsn e Quote Vincolate a carico dello Stato | То | tale |
|--------------------------|--------------------------------|---|---|---|------------------------|---|-----|-----------------------|
| | % | % | % | % | % | % | % | euro pro capite |
| Piemonte | 39,52 | 49,04 | 5,01 | 4,06 | 0,84 | 1,54 | 100 | 1.887 |
| Valle d'Aosta | 37,38 | - 0 | 57,96 | 4,51 | 0,14 | 0,02 | 100 | 2.122 |
| Lombardia | 58,76 | 34,45 | 0,78 | 4,19 | - 0 | 1,83 | 100 | 1.718 |
| P.A. Bolzano | 38,05 | - 0 | 57,87 | 3,58 | 0,50 | 0,00 | 100 | 2.289 |
| P.A. Trento | 37,74 | - 0 | 58,69 | 3,50 | 0,06 | 0,00 | 100 | 1.994 |
| Veneto | 44,71 | 44,57 | 3,01 | 4,77 | 1,38 | 1,56 | 100 | 1.784 |
| Friuli Venezia Giulia | 38,30 | - 0 | 56,81 | 4,62 | 0,26 | 0,01 | 100 | 1.934 |
| Liguria | 31,77 | 61,81 | 1,04 | 3,54 | 0,27 | 1,57 | 100 | 1.948 |
| Emilia Romagna | 46,06 | 44,98 | 0,86 | 5,89 | 0,60 | 1,61 | 100 | 1.837 |
| Toscana | 37,78 | 53,63 | 0,49 | 5,84 | 0,65 | 1,61 | 100 | 1.844 |
| Umbria | 28,81 | 64,97 | 0,10 | 4,10 | 0,40 | 1,62 | 100 | 1.793 |
| Marche | 34,48 | 58,84 | 0,44 | 4,10 | 0,55 | 1,59 | 100 | 1.781 |
| Lazio | 50,74 | 41,55 | 2,17 | 3,43 | 0,37 | 1,74 | 100 | 1.725 |
| Abruzzo | 26,25 | 67,49 | 1,22 | 2,79 | 0,59 | 1,67 | 100 | 1.735 |
| Molise | 12,30 | 82,17 | 0,73 | 2,66 | 0,44 | 1,70 | 100 | 1.754 |
| Campania | 19,30 | 75,16 | 0,72 | 1,65 | 1,40 | 1,78 | 100 | 1.665 |
| Puglia | 18,84 | 76,10 | 1,02 | 1,94 | 0,37 | 1,73 | 100 | 1.682 |
| Basilicata | 10,68 | 84,53 | 0,34 | 2,30 | 0,43 | 1,72 | 100 | 1.748 |
| Calabria | 9,89 | 85,07 | 1,31 | 1,60 | 0,45 | 1,67 | 100 | 1.724 |
| Sicilia | 22,73 | - 0 | 46,49 | 1,94 | 0,61 | 28,22 | 100 | 1.654 |
| Sardegna | 26,09 | - 0 | 71,01 | 2,27 | 0,61 | 0,01 | 100 | 1.727 |
| Totale (%) | 37,16 | 45,40 | 9,57 | 3,61 | 0,59 | 3,67 | 100 | |
| Totale (€ pro capite) | 655 | 800 | 169 | 64 | 10 | 65 | | 1.762 |
| Totale (milioni di €) | 38.888 | 47.507 | 10.015 | 3.775 | 620 | 3.839 | 1 | 04.644 |
| Totale (2007=100) | 101,8 | 105,9 | 108,7 | 91,6 | 71,2 | 102,9 | | 103,6 |

FONTE: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali.

(Liguria, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Sicilia, Sardegna), subordinandone l'accesso alla sottoscrizione di apposito accordo comprensivo di un Piano di Rientro dai disavanzi (PdR). Il PdR contiene: le misure di riequilibrio del profilo erogativo dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), per renderlo conforme a quello desumibile dal

vigente Piano sanitario nazionale e dal vigente DPCM di fissazione dei LEA; le misure necessarie all'azzeramento del disavanzo entro il 2010; gli obblighi e le procedure previsti dall'art. 8 dell'Intesa 23 marzo 2005 sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le P.A. di Trento e di Bolzano in materia di

conseguimento dell'equilibrio economico-finanziario. L'accesso al Fondo transitorio presuppone, inoltre, che sia scattato formalmente in modo automatico, o che sia stato attivato, l'innalzamento ai livelli massimi dell'addizionale IRPEF e dell'aliquota IRAP. In caso di mancato raggiungimento degli obiettivi del PdR è previsto l'innalzamento di tali aliquote anche oltre il livello massimo fino all'integrale copertura dei mancati obiettivi;

- 2) l'art. 1, c. 270, Legge 296/06, che ha previsto ulteriori fondi (90 milioni di euro per il 2007, 179 per il 2008 e 192 per il 2009) da attribuire alle Regioni che sottoscrivono gli accordi citati (tranne Liguria e Sardegna), a titolo di compensazione delle risorse che deriverebbe dall'incremento automatico dell'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive, applicata alla base imponibile determinata in assenza delle disposizioni introdotte dalla stessa legge;
- 3) la Legge 64/07, che ha stanziato 3 miliardi di euro, a titolo di "ripiano selettivo" dei disavanzi sanitari per il periodo 2001-2005, a favore delle Regioni che sottoscrivono l'accordo per i PdR ai fini della riduzione strutturale del disavanzo e accedono al Fondo transitorio e prevedano, per la copertura dei disavanzi sanitari cumulativamente registrati e certificati fino all'anno 2005, misure di copertura pluriennale derivanti da specifiche entrate certe e vincolate sui rispettivi bilanci.

Il finanziamento ordinario del SSN, nel 2008 è stato complessivamente pari a 103,447 miliardi di euro (a fronte dei 99,966 miliardi di euro nel 2007), di cui 102,902 riferiti alle Regioni e alle Province autonome (99,449 nel 2007) e 0,546 agli altri Enti del SSN finanziati direttamente dallo Stato: Croce Rossa Italiana, Cassa DD PP, Università di Medicina, Istituti Zooprofilattici Sperimentali (0,517 nel 2007). Tali valori scontano

le entrate proprie effettivamente riscosse dagli enti del SSN, i trasferimenti da parte delle regioni, del settore pubblico allargato e dei privati.

Anche in questo caso, l'avvio della "stagione degli accordi" ha costituito un importante momento di innovazione nella definizione delle regole di governo del SSN, con il superamento del finanziamento della spesa sanitaria di fatto agganciato alla spesa storica (per effetto dei sistematici interventi da parte dello Stato di ripiano "a piè di lista") e l'introduzione di un suo raccordo esplicito al livello di sviluppo economico del Paese. L'Accordo dell'8 agosto 2001 ha infatti l'obiettivo "di definire regole compatibili con gli obiettivi di finanza pubblica e con il Patto di stabilità e crescita sottoscritto in sede europea per la determinazione senza sottostime del livello della spesa sanitaria a cui concorre lo Stato; a tal fine, si concorda che, compatibilmente con le condizioni di finanza pubblica e con il miglioramento qualitativo e quantitativo del servizio, tendenzialmente il rapporto tra finanziamento del SSN e PIL debba attestarsi, entro un arco temporale ragionevole, ad un valore del 6 per cento". Tale meccanismo di determinazione del finanziamento del SSN, finalizzato a dare certezza di risorse per il SSN su un arco pluriennale, rendendolo adeguato alla maggiore ricchezza prodotta dal Paese e compatibile con la programmazione finanziaria del Paese, è stato poi confermato dal Nuovo Patto sulla Salute dell'autunno 2006. Lo stesso Accordo del 2001 ha anche sancito il principio innovativo della "premialità" in forza del quale, nell'assegnazione annuale delle risorse alle singole Regioni, una quota (pari al 3%) viene effettivamente trasferita solo a seguito di una positiva verifica annuale del mantenimento dell'equilibrio di bilancio e dell'erogazione dei Lea da parte di ciascuna Regione.

L'analisi a livello territoriale dei ricavi del SSN evidenzia la ampia variabilità esistente, tanto nella loro composi-

Tabella 5 - Costi del SSN (Composizione per funzione di spesa) - Anno 2008

| Regioni | Assistenza erogata da enti a gestione diretta | | | | | | | | | | |
|--------------------------|---|-------------|--|--|-----------|--------|-----------------------|--|--|--|--|
| | Personale | Beni (1) | Altri servizi sanitari e non sanitari (2) | Comparte- cipazione intra- moenia | Altro (3) | Totale | | | | | |
| | % | % | % | % | % | % | Euro pro capite | | | | |
| Piemonte | 34,1 | 13,4 | 12,2 | 1,3 | 4,3 | 65,4 | 1.233 | | | | |
| Valle d'Aosta | 41,2 | 12,6 | 19,5 | 1,2 | 6,2 | 80,7 | 1.705 | | | | |
| Lombardia | 28,8 | 10,8 | 10,9 | 1,4 | 4,6 | 56,5 | 995 | | | | |
| P.A. Bolzano | 46,5 | 11,9 | 12,7 | - 0 | 3,6 | 74,5 | 1.695 | | | | |
| P.A. Trento | 37,2 | 10,9 | 11,5 | 0,8 | 5,2 | 65,6 | 1.289 | | | | |
| Veneto | 31,0 | 12,4 | 14,9 | 1,2 | 4,5 | 63,9 | 1.152 | | | | |
| Friuli Venezia Giulia | 38,6 | 13,9 | 17,3 | 1,0 | 4,7 | 75,4 | 1.464 | | | | |
| Liguria | 35,0 | 12,9 | 13,4 | 1,0 | 5,0 | 67,4 | 1.350 | | | | |
| Emilia Romagna | 35,1 | 13,3 | 13,9 | 1,4 | 4,4 | 68,1 | 1.302 | | | | |
| Toscana | 36,3 | 15,8 | 13,2 | 1,4 | 6,7 | 73,4 | 1.368 | | | | |
| Umbria | 37,0 | 14,9 | 15,3 | 0,9 | 5,0 | 73,1 | 1.304 | | | | |
| Marche | 36,4 | 16,2 | 12,4 | 1,1 | 5,2 | 71,3 | 1.240 | | | | |
| Lazio | 27,2 | 10,2 | 13,6 | 1,0 | 4,7 | 56,6 | 1.138 | | | | |
| Abruzzo | 32,7 | 13,7 | 11,5 | 0,7 | 7,6 | 66,1 | 1.187 | | | | |
| Molise | 32,9 | 11,5 | 9,9 | 0,4 | 6,8 | 61,5 | 1.258 | | | | |
| Campania | 32,0 | 10,2 | 11,5 | 0,6 | 8,3 | 62,6 | 1.063 | | | | |
| Puglia | 29,0 | 12,8 | 9,9 | 0,6 | 7,2 | 59,5 | 1.035 | | | | |
| Basilicata | 37,1 | 12,8 | 12,2 | 0,4 | 4,9 | 67,4 | 1.160 | | | | |
| Calabria | 37,4 | 9,1 | 7,6 | 0,2 | 6,4 | 60,6 | 1.011 | | | | |
| Sicilia | 35,2 | 10,2 | 7,6 | 0,5 | 7,0 | 60,5 | 1.017 | | | | |
| Sardegna | 37,5 | 13,7 | 11,8 | 0,4 | 5,5 | 69,0 | 1.180 | | | | |
| Totale (%) | 32,7 | 12,1 | 12,0 | 1,0 | 5,6 | 63,3 | | | | | |
| Totale (euro pro capite) | 592 | 219 | 218 | 18 | 101 | | 1.148 | | | | |
| Totale (milioni di euro) | 35.177 | 12.979 | 12.929 | 1.062 | 5.998 | | 68.145 | | | | |
| Totale (2007=100) | 104,1 | 106,4 | 104,8 | 106,2 | 99,3 | | 104,3 | | | | |

NB: con riferimento alle regioni sottoposte ai piani di rientro (Liguria, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania e Sicilia), nell'ambito delle previste procedure di potenziamento degli strumenti di monitoraggio dei relativi piani di rientro, al momento in cui si scrive è in corso l'attività di verifica della contabilizzazioni delle informazioni trasmesse al sis e relative al 4° trimestre 2008.

FONTE: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, Sistema Informativo Sanitario (SIS): consuntivo per 2007; 4° trimestre per 2008 (al 9 marzo 2009).

⁽¹⁾ non sono compresi i costi di acquisto di materiali per manutenzione, confluiti nella voce altri servizi.

⁽²⁾ consulenze, trasporti sanitari, formazione, servizi non sanitari, appaltati, manutenzione e riparazione (compresi i costi di acquisto di materiali per manutenzione), godimento di beni di terzi, oneri diversi di gestione.

⁽³⁾ accantonamenti tipici (rischi, trattamento fine rapporto, premio di operosità sumai, altri) + interessi passivi e oneri finanziari + imposte e tasse + costi straordinari e variazioni delle rimanenze (variazione delle rimanenze, minusvalenze, accantonamenti non tipici, sopravvenienze passive, insussistenze passive)

⁽⁴⁾ termale, medicina dei servizi, psichiatria, anziani, tossicodipendenti e alcolisti, contributi e sussidi vari, rimborsi.

| ale | Tot | | | creditati | zionati e ac | enti conven | rogata da e | ssistenza e | A | AND THE |
|------------------------|---|-----------------------|----------------------|-----------|-------------------|-------------------------------|--------------------|--------------------|-------------------|----------------------|
| ale e verso Bambino | Senza sald interregion Ospedale Gesù e S | ale | peda- Totale iera | | assistenza (4) | Integrativa e protesica | Riabilita- tiva | Speciali- stica | Farma- ceutica | Medicina generale |
| Euro pro capite | % | Euro pro capite | % | % | % | % | % | % | % | % |
| 1.886 | 100 | 652 | 34,6 | 6,4 | 5,8 | 2,4 | 1,8 | 3,0 | 9,8 | 5,3 |
| 2.113 | 100 | 408 | 19,3 | 0,4 | 2,4 | 1,0 | 1,7 | 0,8 | 7,9 | 5,1 |
| 1.762 | 100 | 767 | 43,5 | 13,4 | 8,8 | 1,2 | 1,6 | 4,3 | 9,2 | 5,1 |
| 2.274 | 100 | 579 | 25,5 | 1,9 | 9,8 | 3,0 | 0,5 | 0,5 | 5,4 | 4,4 |
| 1.965 | 100 | 676 | 34,4 | 5,2 | 12,7 | 1,6 | 0,3 | 1,6 | 7,9 | 5,1 |
| 1.801 | 100 | 649 | 36,1 | 6,4 | 9,5 | 1,5 | 0,4 | 3,9 | 8,7 | 5,7 |
| 1.940 | 100 | 476 | 24,6 | 2,3 | 1,5 | 2,2 | 2,3 | 1,6 | 9,5 | 5,1 |
| 2.004 | 100 | 654 | 32,6 | 6,8 | 4,9 | 1,3 | 2,9 | 1,7 | 10,4 | 4,7 |
| 1.912 | 100 | 610 | 31,9 | 7,2 | 7,0 | 1,3 | 0,1 | 1,8 | 9,0 | 5,5 |
| 1.863 | 100 | 495 | 26,6 | 3,2 | 4,8 | 0,8 | 1,2 | 1,8 | 9,2 | 5,5 |
| 1.784 | 100 | 480 | 26,9 | 2,6 | 4,9 | 2,4 | 0,5 | 0,9 | 10,1 | 5,6 |
| 1.740 | 100 | 500 | 28,7 | 3,5 | 3,6 | 0,8 | 2,4 | 1,4 | 10,9 | 6,1 |
| 2.009 | 100 | 871 | 43,4 | 14,6 | 3,7 | 2,1 | 2,4 | 4,7 | 11,1 | 4,7 |
| 1.796 | 100 | 608 | 33,9 | 5,8 | 3,7 | 1,3 | 3,4 | 2,0 | 11,3 | 6,4 |
| 2.045 | 100 | 788 | 38,5 | 11,2 | 3,0 | 1,0 | 2,7 | 4,0 | 9,7 | 7,1 |
| 1.699 | 100 | 636 | 37,4 | 7,4 | 1,3 | 1,7 | 2,8 | 6,5 | 11,3 | 6,4 |
| 1.739 | 100 | 704 | 40,5 | 10,7 | 2,9 | 1,6 | 3,3 | 3,2 | 12,1 | 6,7 |
| 1.723 | 100 | 562 | 32,6 | 0,6 | 3,0 | 1,9 | 4,7 | 2,4 | 12,2 | 7,8 |
| 1.667 | 100 | 656 | 39,4 | 7,2 | 3,4 | 1,6 | 2,0 | 3,6 | 14,8 | 6,6 |
| 1.679 | 100 | 663 | 39,5 | 7,6 | 3,3 | 2,0 | 1,8 | 5,7 | 12,7 | 6,3 |
| 1.712 | 100 | 531 | 31,0 | 3,4 | 2,6 | 2,0 | 1,9 | 3,2 | 11,8 | 6,1 |
| | 100 | | 36,7 | 8,3 | 5,2 | 1,6 | 1,8 | 3,6 | 10,4 | 5,7 |
| 1.813 | | 666 | | 151 | 95 | 30 | 33 | 66 | 189 | 102 |
| 107.673 | | 28 | 39.5 | 8.949 | 5.642 | 1.764 | 1.958 | 3.923 | 11.208 | 6.084 |
| 103,5 | | ,1 | 102 | 101,2 | 117,4 | 108,9 | 87,9 | 108,2 | 96,8 | 101,4 |

zione per fonte, quanto nei valori pro capite medi dei ricavi totali (Tabella 4). Rispetto alla prima, considerata la definizione normativa delle modalità di finanziamento del SSN non stupisce osservare che la maggiore variabilità interregionale si osserva soprattutto nel peso relativo del contributo al finanziamento del SSN offerto dalle imposte (Irap e addizionale Irpef), prossimo o superiore al 40% in sole 5 Regioni (Lombardia, Lazio, Emilia Romagna, Veneto e Piemonte, in ordi-

ne decrescente di quota percentuale), cui corrisponde di converso la quota dell'integrazione statale ex D. Lgs. 56/00, relativamente molto elevata nelle Regioni a minor reddito (e superiore all'80% in Calabria, Basilicata, Molise). Significativa, inoltre, la variabilità della quota di ricavi regionali provenienti da Entrate Proprie, molto influenzate dalla quota di popolazione esente dalla partecipazione al costo delle prestazioni, che quindi rispecchia sia la diversità dei livelli di reddito

della popolazione ma in parte anche dei livelli di capacità regionale di gestire la partecipazione al costo delle prestazioni, laddove le posizioni regionali relative al peso delle imposte e al peso delle entrate proprie siano discordanti (es. Lazio, Toscana, Umbria).

Rispetto ai valori pro capite medi dei ricavi totali, la forbice va dal valore minimo registrato nel 2008 in Sicilia (1.654 euro pro capite, inferiore del 6% rispetto al valore medio nazionale di 1.762 euro), al valore massimo registrato nella P.A. di euro, Bolzano (2.289)+30%). 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 interregionale delle risorse.

Le diversità regionali appaiono tuttavia in maniera molto marcata soprattutto quando si analizzino i costi del SSN, dai quali emergono i diversi modelli erogativi adottati (Tabella 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 ad una suddivisione media nazionale 60-40, si evidenziano due modelli estremi, laddove in sei regioni vi è una netta prevalenza del ricorso agli erogatori a gestione diretta (i cui costi superano il 70% del totale) e in tre è, invece, relativamente molto importante il ricorso ad erogatori privati. 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 189 euro pro capite nel 2008), rispetto alla quale si passa da realtà regionali nelle quali i costi corrispondenti non raggiungono il 10% del totale a realtà nelle quali viceversa arrivano a superare il 12% (arrivando alla punta del 15% rilevata nel 2008 in Calabria);
- l'assistenza specialistica ambulatoriale (66 euro pro capite), 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 6,5 e il 5,7%);
- l'assistenza ospedaliera (151 euro pro capite), rispetto alla quale quattro regioni sostengono costi in proporzione superiori al 10%, a fronte di 8 regioni nelle quali non si arriva al 5%;
- l'altra assistenza (95 euro pro capite), 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 sei regioni, peraltro concentrate nel nord Italia, destinano più del 5% dei costi sanitari totali.

4.2 Risorse umane e formazione continua in medicina

4.2.1 Il personale delle strutture sanitarie

In Italia, complessivamente, nel 2007 sono state rilevate 815.796 unità di personale operante quotidianamen-

te nelle diverse strutture pubbliche, ospedaliere e territoriali e nelle case di cura private convenzionate regionali.

In particolare, sono 149.637 le unità appartenenti al ruolo tecnico (assistenti sociali, collaboratori, anali-

Tabella 1 – Personale operante nelle strutture sanitarie pubbliche, equiparate alle pubbliche e private accreditate - Anno 2007

| | Ruolo | | | | Totale* | Di cui | | |
|---|-----------|---------------|---------|----------------|---------|-------------------------|---------------------------|--|
| | Sanitario | Professionale | Tecnico | Amministrativo | | Medici e odontoiatri | Personale infermieristico | |
| ASL | 297.995 | 1.139 | 75.196 | 55.832 | 430.480 | 70.771 | 167.849 | |
| di cui Ospedali a gestione diretta | 192.206 | 273 | 41.554 | 13.486 | 249.441 | 48.228 | 118.998 | |
| Aziende Ospedaliere | 124.628 | 352 | 35.007 | 16.430 | 176.443 | 29.783 | 77.094 | |
| Aziende Ospedaliere Universitarie | 46.321 | 141 | 11.644 | 6.528 | 65.564 | 13.873 | 25.995 | |
| Altre Strutture equiparate alle pubbliche | 42.710 | 216 | 11.734 | 6.979 | 63.237 | 11.534 | 22.672 | |
| Case di cura private accreditate | 52.372 | 346 | 16.056 | 7.258 | 80.072 | 19.167 | 23.713 | |
| Totale | 564.026 | 2.194 | 149.637 | 93.027 | 815.796 | 145.128 | 317.323 | |

^(*) Il totale comprende le qualifiche atipiche

In questa tabella è ricompreso il personale universitario.

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 del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali – Direzione Generale del Sistema Informativo - Ufficio di Direzione Statistica - Settore Salute.

sti, ausiliari, e molti altri operatori); sono 93.027 nel ruolo amministrativo e sono 2.194 nel ruolo professionale (architetti, avvocati, ingegneri, religiosi, geologi). Infine, sono in totale 564.026 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 145.128 unità e quello infermieristico da 317.323.

Il personale che opera nelle strutture ospedaliere pubbliche è pari a 571.520. Il rapporto fra infermieri e medici a livello nazionale si attesta sul valore di circa 2,4 infermieri per ogni medico (Tabella 1).

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 2).

4.2.2 Formazione continua in medicina - Introduzione

Con l'Accordo tra lo Stato, le Regioni e le P.A. di Trento e di Bolzano del 1º agosto 2007, è stato approvato il riordino del Sistema di formazione continua in medicina, e,

Tabella 2 – Distribuzione del personale medico per specialità e tipo di contratto - 31/12/2007 (ASL, Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere Universitarie, IRCCS pubblici)

| Descrizione specializzazioni | Totale | di cui uomini % | Descrizione specializzazioni | Totale | di cui uomini % |
|---|--------|-----------------------|-------------------------------------|---------|-----------------------|
| Allergologia ed immunologia clinica | 185 | 58,4 | Medicina Fisica e Riabilitazione | 1.402 | 48,7 |
| Anatomia patologica | 1.023 | 52,5 | Medicina Interna | 7.969 | 62,4 |
| Anestesia e rianimazione | 10.052 | 55,4 | Medicina Legale | 848 | 65,3 |
| Audiologia e foniatria | 67 | 56,7 | Medicina Nucleare | 451 | 65,4 |
| Biochimica clinica | 199 | 58,8 | Medicina Tropicale | 7 | 85,7 |
| Cardiochirurgia | 486 | 91,6 | Microbiologia e Virologia | 394 | 51,8 |
| Cardiologia | 5.387 | | Nefrologia | 2.027 | 64,7 |
| Chirurgia dell'apparato digerente | 147 | 88,4 | Neurochirurgia | 804 | 83,8 |
| Chirurgia generale | 7.115 | 84,9 | Neurofisiopatologia | 133 | 66,2 |
| Chirurgia maxillo-facciale | 211 | | Neurologia | 1.676 | 60,0 |
| Chirurgia pediatrica | 317 | | Neuropsichiatria Infantile | 1.028 | 30,9 |
| Chirurgia plastica e ricostruttiva | 358 | | Oftalmologia | 1.680 | 74,5 |
| Chirurgia toracica | 284 | 87,7 | Oncologia | 1.342 | 53,9 |
| Chirurgia vascolare | 638 | 84,3 | Ortopedia e Traumatologia | 4.089 | 90,9 |
| Dermatologia e venereologia | 658 | 66,6 | Otorinolaringoiatria | 1.629 | 84,9 |
| Ematologia | 1.230 | 53,8 | Patologia Clinica | 1.932 | 53,5 |
| Endocrinologia e malattie del ricambio | 533 | 60,0 | Pediatria | 4.144 | 43,8 |
| Farmacologia | 398 | 52,0 | Psichiatria | 5.037 | 54,8 |
| Gastroenterologia | 1.005 | 72,9 | Psicologia Clinica | 145 | 52,4 |
| Genetica medica | 49 | 53,1 | Radiodiagnostica | 5.309 | 64,6 |
| Geriatria | 1.283 | 64,1 | Radioterapia | 537 | 59,6 |
| Ginecologia e ostetricia | 5.137 | 63,4 | Reumatologia | 160 | 58,1 |
| Igiene e medicina preventiva | 3.957 | 56,8 | Scienza dell'Alimentazione | 151 | 57,6 |
| Malattie dell'apparato respiratorio | 1.500 | 74,2 | Tossicologia Medica | 146 | 45,2 |
| Malattie infettive | 1.179 | 62,6 | Urologia | 1.663 | 92,3 |
| Medicina del lavoro | 1.299 | | Altre Specializzazioni | 10.362 | 60,7 |
| Medicina dello sport | 152 | | Senza Specializzazione | 7.748 | 65,8 |
| Medicina di comunità | 196 | | Totale Complessivo | 107.858 | 64,7 |

FONTE: Elaborazione su dati della Tabella 1.F - Conto Annuale 2008.

sino al riordino degli Organi Istituzionali del Sistema, la proroga del programma sperimentale di Educazione Continua in Medicina avviato con l'Accordo Stato-Regioni del 20 dicembre 2001. Il comma 357 dell'art.2 della Legge 244/07, riguardante il Sistema nazionale di Educazione Continua in Medicina (ECM), disciplinato secondo le

disposizioni di cui al predetto Accordo, 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 Nazionale di cui all'art.16-ter del D. Lgs. 502/92, e successive modifiche ed integrazioni.

La complessità e l'articolazione

della gestione amministrativa dell'intero Sistema ECM ha reso necessario disciplinare il passaggio della competenza, al fine di assicurare, senza soluzioni di continuità del servizio, il corretto mantenimento e funzionamento del sistema.

Tra le novità del nuovo sistema di formazione continua, quella di maggiore evidenza è la centralità dell'operatore sanitario all'interno del sistema di ECM: la valorizzazione dell'esperienza professionale attraverso una quota di aggiornamento destinata all'accrescimento professionale, coniugata con quella dell'aggiornamento legato all'attività operativa svolta presso l'Azienda e la Regione di appartenenza. In tal senso, elemento di significativa importanza è dato dall'introduzione dell'Osservatorio Nazionale e degli Osservatori Regionali, deputati alla valutazione della qualità dell'offerta formativa. Sempre in favore e a garanzia dell'operatore sanitario, il sistema di formazione continua ha introdotto anche un nuovo strumento di registrazione dei crediti formativi, che consente agli Ordini, ai Collegi e alle Associazioni professionali di svolgere l'importante ruolo di certificatori dell'aggiornamento degli operatori iscritti.

4.2.3 Il ruolo del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali per promuovere le attività di formazione continua.

Il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, nel nuovo sistema di formazione continua, svolge un ruolo di sostegno e di produzione formativa, attraverso tutte le iniziative che provengono dal Piano Sanitario Nazionale e/o dagli obiettivi strategici di salute che nel tempo possono essere definiti, dalle urgenze alle grandi promozioni di prevenzione della salute, ed attraverso l'indicazione degli obiettivi formativi nazionali, che rappresentano in percentuale il 20% dei crediti for-

mativi che ogni operatore è tenuto ad acquisire ogni anno.

Le metodologie didattiche più innovative comprendono la Formazione a Distanza (FAD), la formazione sul campo, la formazione c.d. blended (o mista), e rappresentano tipologie formative che in quanto tali possono essere rivolte agli operatori sanitari con sistemi di nuova generazione, che consentono una riduzione significativa del disagio prodotto dalla mancanza diretta del rapporto docente/discente.

L'outcome nella formazione ECM

Nel corso degli ultimi anni, in risposta alla crescente domanda di miglioramento della qualità delle prestazioni sanitarie, l'ECM ha assunto un ruolo rilevante.

In Europa prima, e in Italia poi, è emersa la necessità di un programma ECM efficace ed incisivo, capace di aggiornare le competenze degli operatori sanitari, ma anche in grado di realizzare un incremento delle performance, avverando un cambiamento che si rifletta nella prassi quotidiana dei singoli, allo scopo di migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie. Un programma ECM che abbia come strategia quella di coniugare qualità e formazione non può prescindere dal raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- aumentare, migliorare e mantenere aggiornate le conoscenze scientifiche;
- migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie generali e specialistiche in un'ottica di processo;
- assicurare ai pazienti la gestione clinica migliore possibile, garantendo al contempo gli aspetti di autonomia, giustizia e sicurezza delle decisioni;
- incrementare la capacità di gestione dell'intero processo di diagnosi e cura:
- promuovere una stretta associazione tra aggiornamento e assistenza sanitaria;
- garantire lo sviluppo di una profes-

sionalità riconosciuta negli altri Paesi dell'UE.

Scopo primario dei programmi ECM è il miglioramento delle competenze di ciascun operatore sanitario. Tale sviluppo è correlato alla qualità delle attività proposte, dipendendo da tre fattori:

- organizzazione dell'evento formativo;
- conformità alle procedure ECM;
- corrispondenza tra attività e bisogno formativo dell'operatore sanitario.

Rispetto a questi elementi, il sistema, sulla scorta dell'esperienza ormai quinquennale, è arrivato ad alcuni punti fermi. In primis occorre annotare l'importanza rappresentata dal fatto che il logico continuum nell'educazione medica (corso di laurea, specializzazione, professione) in Italia in realtà non era mai stato formalizzato; da ultimo si deve considerare che è essenziale sviluppare l'attività ECM in modo che sia fruibile per i partecipanti, e che se ne possa valutare l'effetto educazionale.

Altrettanto chiara è anche l'importanza delle procedure che i programmi ECM richiedono. Se la scientificità è sostanziale, notevole importanza riveste il contesto entro il quale l'incontro tra il docente e il discente si verifica: maggiore è l'interattività tra gli attori del processo formativo, maggiore risulterà l'apprendimento.

Il sistema ECM è in piena evoluzione, e si andrà verso una condivisione delle attività di accreditamento e di verifica in situ dello svolgimento degli eventi a cura delle Regioni e della Commissione Nazionale per la Formazione Continua.

Poiché la qualità dell'informazione scientifica è l'elemento essenziale dell'educazione sanitaria, si stanno altresì affinando i criteri da seguire, sia per quanto riguarda gli eventi residenziali che per quanto concerne la FAD, e soprattutto si sta cercando di aumentare il peso che i contenuti scientifici

devono assumere nell'attribuzione dei crediti formativi.

Gli eventi residenziali sono nel nostro Paese il mezzo educazionale preferito dagli operatori sanitari.

Tutti questi elementi, pur se con un certo livello di eterogeneità, hanno consentito e consentono di garantire una discreta omogeneità nei livelli qualitativi della formazione ECM. Tuttavia, esiste un aspetto fondamentale che non pare essere ancora sufficientemente indagato: il rapporto tra qualità dell'educazione e qualità della prestazione sanitaria. Infatti, un sistema educazionale è tanto più utile ed efficace quanto più è in grado di contenere i rischi di gestione, i costi ingiustificati ed i costi sostenuti per la formazione del personale. La Medicina sta trasformandosi in un'"industria di servizi" e, come in ogni azienda, essa deve basare le proprie attività non solo sul controllo e sull'assicurazione della Qualità, ma anche e soprattutto sul "Miglioramento Continuo della Qualità", ed è proprio su quest'ultimo aspetto che dovranno sempre più incidere i programmi di ECM. I segnali in questo senso sono numerosi: si sta infatti profilando ciò che in altri Paesi è già una realtà, ovvero il passaggio dalla ECM (cioè il miglioramento delle conoscenze) al CPD (Continuing Professional Development), cioè un sistema di miglioramento delle conoscenze il cui momento di verifica è rappresentato dall'analisi degli outcomes sanitari.

Se quindi è vero che i termini con cui ci troveremo a ragionare nei prossimi anni saranno competenza, performance, ricertificazione professionale, e se ci troviamo sulla soglia di una rivoluzione dell'approccio all'ECM, nel senso di una sempre maggiore attenzione al miglioramento della performance e alla capacità di incidere realmente sulle pratiche sanitarie, è evidente che un elemento

cruciale per lo sviluppo del sistema sarà rappresentato proprio dalla capacità di misurare, sia in un'ottica di monitoraggio che di valutazione, l'impatto degli interventi formativi erogati attraverso il sistema ECM o attraverso il suo futuro stadio evolutivo.

4.2.4 Le professioni sanitarie

A distanza di circa otto anni dall'entrata in vigore della Legge Costituzionale 3/01, che, modificando il Titolo V della Costituzione, ha profondamente innovato il riparto di competenze fra lo Stato e le Regioni anche nelle materie "professioni" e "tutela della salute", inserendo le stesse fra quelle di potestà legislativa concorrente, è possibile affermare che l'azione di coordinamento e indirizzo del Ministero nel settore delle professioni sanitarie ha assunto un significato peculiare e di primo piano.

In tutte le questioni afferenti alle professioni sanitarie, è infatti necessario ricercare e raggiungere la sintesi ottimale fra le istanze unitarie di emanazione statale, e quelle più strettamente legate al territorio, che sono espressione delle Regioni e delle Province autonome.

In questo contesto, particolarmente significativa è l'intensa attività svolta in maniera coordinata dal Ministero del Lavoro, della Salute, e delle Politiche Sociali, dal Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, e dalle Regioni, per la determinazione del fabbisogno relativamente ai corsi di laurea delle professioni sanitarie. Con riferimento a detta attività, è opportuno segnalare che essa rappresenta uno dei punti cardine del sistema, in quanto è da una corretta programmazione delle immatricolazioni ai corsi di laurea in professioni sanitarie che si pongono le basi per affrontare e risolvere, in prospettiva futura, possibili criticità derivanti dal numero e dalla dislocazione territoriale dei professionisti della salute.

Per quanto concerne, concretamente, l'esercizio professionale, occorre ricordare che accanto alle professioni già costituite in Ordini (medici-chirurghi ed odontoiatri, medici-veterinari, farmacisti) e Collegi (ostetriche, tecnici sanitari di radiologia medica, infermieri professionali, assistenti sanitari e vigilatrici d'infanzia), vi sono professioni (19 in tutto) che non sono rappresentate da soggetti esponenziali aventi natura di ente pubblico non economico ausiliario dello Stato, bensì da associazioni private, la cui iscrizione non è obbligatoria ai fini dell'esercizio professionale.

Questa situazione, benché consolidata e controllata dal Ministero, che ha censito le associazioni maggiormente rappresentative (per numero di iscritti e presenza sul territorio), mostra talune criticità, che potrebbero essere superate dalla trasformazione in Ordini degli attuali Collegi professionali e dalla creazione di Ordini per tutte le professioni sanitarie che attualmente ne sono sprovviste.

Dal punto di vista funzionale, occorre evidenziare l'opportunità, da un lato, di riordinare, razionalizzandole, le competenze delle professioni esistenti (in particolare quelle che operano in contesti e con mansioni similari), e dall'altro, di individuare nuove professioni sanitarie che andrebbero ad operare in settori che, pur afferendo indubbiamente all'area della "tutela della salute", vedono impiegati professionisti che ancora non sono normativamente qualificati come professioni sanitarie (ci si riferisce, ad esempio, alle figure dell'odontotecnico e dell'ottico).

Inoltre, sempre relativamente a questo punto, occorre segnalare che, attraverso la Direzione generale Risorse Umane e Professioni Sanitarie (DGRUPS), il Ministero ha avviato una procedura d'intesa con le professioni e

Treeder Relation Heavy Bernards Trans Bright Republic Common Portugal France Finland Execute Land France Finland France Finlan

Figura 1 - Medici "esercitanti" per 1.000 abitanti

DATI: OMS 2005-2006.

con le Regioni, finalizzata a razionalizzare, affrontandone le criticità, l'intera area della riabilitazione (nella quale operano le professioni di fisioterapista, logopedista, podologo, ortottista—assistente di oftalmologia, terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, tecnico della riabilitazione psichiatrica, terapista occupazionale ed educatore professionale).

Altro importante aspetto dell'attività della Direzione citata, è quello relativo al controllo e alla repressione del fenomeno dell'abusivo esercizio professionale. In quest'ambito, lavorando in stretta collaborazione con il Comando Carabinieri per la Sanità, la Direzione opera in duplice direzione: da una parte si fa promotrice, segnalando possibili ipotesi di reato, dell'attività di indagine; dall'altro, collabora alla stessa fornendo i pareri e i chiarimenti che le Autorità di Pubblica Sicurezza inoltrano al fine di condurre le indagini (Figura 1).

La Mobilità europea delle professioni dell'area sanitaria

Per quanto riguarda la mobilità europea delle professioni sanitarie, si deve fare riferimento alla fondamentale Direttiva 2005/36/CE del 7 settembre 2005, recepita in Italia con il decreto legislativo 6 novembre 2007, n. 206, alla cui redazione la DGRUPS ha partecipato attivamente.

La Direttiva in questione ha individuato le regole in base alle quali uno Stato membro, che subordina l'esercizio di una professione regolamentata al possesso di determinate qualifiche e requisiti, può riconoscere le qualifiche professionali acquisite in un altro Stato membro.

Detta Direttiva, finalizzata a garantire la libera circolazione dei cittadini comunitari e ad agevolare sia il diritto di stabilimento sia l'esercizio delle libere prestazioni di servizi, indica, tra l'altro, i principi cui devono conformarsi gli Stati membri in materia di formazione, di riconoscimento dei titoli professionali, di riconoscimento di esperienza professionale, di cooperazione amministrativa tra autorità competenti.

In questo ambito, appare opportuno mettere in rilievo l'attività di riconoscimento dei titoli abilitanti all'esercizio delle professioni sanitarie conseguiti in paesi non comunitari. Tali titoli sono riconosciuti sulla base dell'esame della documentazione pro-

19,4

10 9,6 9,2 8,9 8,9 8 7,9 7,9 7,7 7,5 6,9 6,6 6,5 6,4 6 5,6 5,2 4,6 4,6 4,2 4 3,6

Treated the lands performed through the lands thro

Figura 2 - Infermieri e Ostetriche per 1.000 abitanti

DATI: OMS 2005-2006.

dotta dagli interessati, le cui risultanze vengono comparativamente raffrontate con i corrispondenti italiani. Si tratta, dunque, di una valutazione di merito, complessa sia per l'eterogeneità dei percorsi formativi seguiti in tutti i Paesi del mondo, sia perché la legge prevede il coinvolgimento nelle procedure di riconoscimento, mediante una Conferenza di servizi, di una pluralità di Amministrazioni, ivi compresa la rappresentanza della categoria professionale cui si riferisce il riconoscimento. In alcuni casi, quando il percorso formativo straniero non è perfettamente sovrapponibile al corrispondente italiano, ma non se ne discosta così tanto da poter determinare il diniego dell'istanza di riconoscimento, la DGRUPS organizza delle misure compensative, vale a dire delle prove a carattere teorico pratico, al cui superamento da parte del richiedente il riconoscimento del titolo è subordinato il buon esito dell'istanza. L'organizzazione di tali misure compensative, cui si fa assai frequentemente ricorso, essendo i percorsi seguiti in Italia tra i più qualificati del mondo, sia per scolarità di base che per anni di corso professionalizzante, rappresenta certamente un notevole

carico di lavoro per gli uffici (Figura 2).

4.2.5 I percorsi formativi promossi dal ministero

L'interesse per la formazione nasce dalla consapevolezza che una gestione efficace ed efficiente della sanità pubblica può essere garantita solo mantenendo elevati requisiti di competenza, professionalità e flessibilità, indispensabili per raggiungere risultati concreti nel management sanitario. In conseguenza, la Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria ed il connesso Centro per la Controllo Prevenzione e Malattie (CCM), ed il Dipartimento per la Sanità Pubblica Veterinaria, la Nutrizione e la Sicurezza degli Alimenti, hanno ritenuto prioritario l'avvio delle seguenti specifiche attività formative.

I Percorsi formativi promossi dalla DG Prevenzione Sanitaria (CCM)

Tra i suoi compiti istituzionali, il CCM annovera anche: "...la promozione dell'aggiornamento e formazione, funzionali all'attuazione dei pro-

grammi annuali per i quadri nazionali e regionali", come recita l'art. 5 del Decreto del 2004 che ne ha precisato funzioni e organizzazione.

In conseguenza, il CCM ha ritenuto prioritario l'avvio di specifiche attività formative connesse agli obiettivi di salute individuati dal Piano Nazionale di Prevenzione, ed in particolare alla previsione di specifici corsi di formazione cosiddetta "a cascata". Tale formazione si compone di diversi livelli consequenziali di apprendimento (minimo 2), di cui il primo realizzato centralmente e finalizzato a fare acquisire ai partecipanti competenze e conoscenze per diventare a loro volta formatori per i successivi livelli, in maniera da garantire la massima uniformità di realizzazione per gli ulteriori livelli da realizzare sul territorio. Scopo ultimo dei percorsi formativi è:

- trasferire conoscenze e competenze specifiche al maggior numero possibile di operatori di sanità pubblica su tutto il territorio nazionale, per la promozione di pratiche di prevenzione e promozione della salute basate sulle prove di efficacia:
- formare i medici di medicina generale (MMG), affinché sensibilizzino il maggior numero possibile dei propri assistiti sull'adozione di corretti stili di vita e di attività di prevenzione;
- verificare, al termine del percorso e laddove possibile, l'efficacia dei progetti formativi intrapresi, attraverso l'accertamento del reale grado di raggiungimento degli obiettivi sanitari correlati.

I percorsi intrapresi sono stati:

1) Piano di formazione per la sperimentazione del sistema di sorveglianza Passi sui progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia - progetto PASSI, in collaborazione con il Centro Nazionale di epidemiologia e promozione della salute (CNESPS)

- dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS). Il progetto, conclusosi alla fine del 2008, si è rivolto agli operatori coinvolti nella sorveglianza, per aumentare la performance dei Dipartimenti di Prevenzione (o di igiene pubblica) e degli Osservatori Epidemiologici Regionali, cui è affidata la messa in atto dei Piani regionali di prevenzione e la sperimentazione della sorveglianza di popolazione. Al percorso formativo sono stati assegnati 46 crediti ECM per i referenti, 41 per gli intervistatori.
- 2) Piano di formazione sul rischio cardiovascolare, per l'applicazione della carta del rischio progetto Cuore, in collaborazione con il CNESPS. La formazione è finalizzata a far incorporare nella pratica clinica dei MMG la valutazione del rischio cardiovascolare e degli interventi volti a modificarlo. Il percorso formativo è realizzato con corsi in presenza a livello centrale e sul territorio e in modalità FAD attraverso lo studio di casi. Al percorso formativo sono stati assegnati 40 crediti ECM.
- 3) Piano di formazione sulle tecniche di gestione e assistenza integrata al paziente diabetico - progetto IGEA, CNESPS. Il progetto si pone l'obiettivo specifico di una gestione e assistenza integrata al paziente diabetico, da parte dei MMG e della rete dei servizi specialistici di diabetologia e malattie del metabolismo, cui la formazione è diretta, che preveda l'adozione di linee guida cliniche e organizzative condivise, e la valutazione in itinere delle difficoltà applicative, misurata attraverso indicatori predefiniti e condivisi. Al percorso formativo sono stati assegnati 48 crediti ECM.
- 4) Piano nazionale pandemia, CCM. L'obiettivo del progetto è

- fornire un aggiornamento sugli eventi pandemici e sulla loro gestione a tutti gli operatori sanitari coinvolti in questo tipo di emergenza, sia a livello nazionale che locale, al fine di migliorare l'appropriatezza e la velocità di risposta.
- 5) Piano di formazione "Gli incidenti domestici: conoscerli per evitarli", in collaborazione con la Regione Piemonte. Il progetto, che si svolge da settembre 2007 a dicembre 2009, è volto a promuovere la cultura della prevenzione degli incidenti domestici che coinvolgono i bambini. Si rivolge agli operatori del SSN che interagiscono con i genitori nei primi 3 anni di vita del bambino, e prevede un totale di circa 3.000 operatori formati a conclusione del percorso. Al percorso sono stati assegnati 24 crediti ECM.
- 6) Piano di formazione sugli interventi di prevenzione degli incidenti stradali, in collaborazione con la Regione Piemonte. Il progetto, partito nel settembre 2007, è rivolto ad una rete di esperti regionali sulla prevenzione degli incidenti stradali, e si concentra sulla progettazione di interventi di prevenzione, in particolare, degli infortuni stradali legati al consumo di alcol, farmaci e droghe da parte dei giovani. Al percorso sono stati assegnati 18 crediti ECM.
- 7) Piano di formazione "Salute e rifiuti", in collaborazione con l'Assessorato alla Sanità e gli Ordini dei Medici (OdM) provinciali della Regione Campania e con la supervisione scientifica dell'ISS. L'obiettivo del progetto, partito nel maggio 2008, è aumentare informazioni e competenze sulla corretta gestione dei rifiuti, rischi per la salute e stato di salute dei cittadini della

- Regione Campania. Il percorso formativo è rivolto a medici igienisti ambientali, epidemiologi, medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e veterinari; i corsi di primo livello sono stati ultimati nel luglio 2008 con la formazione di 86 neoformatori, mentre obiettivo ultimo è quello di formare entro maggio 2010 circa 1.000 professionisti.
- 8) Piano di formazione "Il Counseling preconcezionale: strumento per la riduzione dei rischi di malformazioni congenite e di altri esiti avversi della riproduzione" in collaborazione con l'International Centre on Birth Defects (ICBD). Il percorso, attualmente in fase di accreditamento, è stato attivato ad ottobre 2008 realizzando il corso di I livello per neoformatori.
- 9) Piano di formazione "Passi d'Argento: la qualità della vita vista dalle persone di 65 o più anni", in collaborazione con il CNESPS. Tale progetto, attualmente in fase di accreditamento, ha l'obiettivo di elaborare e sperimentare un modello di indagine sulla qualità della vita, sulla salute e sulla percezione dei servizi nella terza età, che sia ripetibile nel tempo e sostenibile con le risorse dei servizi sanitari e sociali, a uso delle ASL, dei servizi sociali e delle Regioni.
- 10) Piano di formazione "OKkio alla Salute!", in collaborazione con il CNESPS. Il progetto prevede la messa a punto di un sistema di indagini sui rischi comportamentali in età 6-17 anni, in particolare su nutrizione e sedentarietà dei bambini della 3° primaria (8 anni). Il piano di formazione, in fase di accreditamento ECM, è volto a monitorare in modo sistematico alcuni principali rischi comportamentali dei bambini, per orientare interventi e costrui-

re politiche giovanili sui loro bisogni.

Il CCM ha, inoltre, promosso la realizzazione da parte dell'ISS di due Master di approfondimento dei Progetti CUORE e PASSI, che sono stati attivati nel 2007 e porteranno alla formazione, complessivamente, di 26 professionisti.

Relativamente alla valutazione dei percorsi di formazione erogati, di cui si ribadisce l'importanza, la stessa si è avvalsa di una prima rilevazione del gradimento e dell'efficacia didattica percepita dai partecipanti al termine di ogni percorso formativo, effettuata attraverso la somministrazione di un apposito questionario. Per tutti i progetti formativi intrapresi è stata registrata una buona valutazione complessiva, con un gradimento medioalto in termini di rilevanza, efficacia e qualità della didattica. Molto più complessa, ma al contempo di importanza preminente, è l'analisi dell'outcome, ossia della reale ricaduta del progetto formativo sui comportamenti e sulla per dove possibile, sul raggiungimento degli obiettivi sanitari perseguiti. Questa valutazione viene condotta a distanza di tempo dall'ultimazione dei corsi, tramite strumenti diversi.

Quale esempio si riporta l'esperienza del progetto PASSI, la cui valutazione finale ha evidenziato l'alto grado di successo dell'iniziativa attraverso una verifica "sul campo", che ha rilevato come il 96% degli operatori formati (879 su 917) abbia attivato le procedure di intervista apprese durante il percorso formativo; in tal modo l'indagine ha raggiunto importanti obiettivi quali:

- ottenere un quadro informativo rappresentativo della popolazione dell'Azienda/Regione, tale da consentire la predisposizione di efficaci azioni correttive nei programmi di salute;
- rendere disponibili le informazioni con un dettaglio a livello di ASL,

- per permettere il confronto fra le diverse aziende e modulare a livello locale la programmazione delle azioni di salute;
- garantire la flessibilità del sistema, in modo da permettere di modificare il tipo di dati da raccogliere;
- rinforzare il sistema sanitario attraverso la partecipazione attiva dei Dipartimenti di Prevenzione/ Igiene Pubblica;
- consentire l'integrazione di dati provenienti dal sistema di sorveglianza con le basi di dati già esistenti a livello locale.

Per quanto riguarda il progetto IGEA: Gestione integrata del diabete mellito tipo 2 nell'adulto, invece, tale valutazione a posteriori è stata condotta attraverso una verifica degli atteggiamenti, della competenza percepita e delle pratiche professionali, rilevata tramite autodichiarazione effettuata mediante questionario KAP (Knowledge, Attitudes, Practice), in fase di sperimentazione, nonché attraverso una valutazione delle pratiche messe in atto durante la formazione sul campo (tramite analisi SWOT, strumento di pianificazione strategica usata per valutare i punti di forza e debolezza del contesto, e le opportunità o le minacce derivanti dalle specifiche realtà settoriali o territoriali analizzate rispetto alla realizzazione degli obiettivi previsti dal progetto).

La valutazione di altri progetti potrà prevedere infine interviste a campione dei professionisti formati, relativamente alle modifiche apportate nello svolgimento della loro attività a seguito delle competenze apprese (Figura 3).

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.