

Doc. XXIV

n. 13

RISOLUZIONE DELLA 12^a COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e Sanità)

d’iniziativa dei senatori CALABRÒ e COSENTINO

approvata il 10 novembre 2010

ai sensi dell’articolo 50, comma 2, del Regolamento, a conclusione dell’esame dell’affare assegnato concernente il Contributo propositivo per lo sviluppo e l’ammodernamento del Servizio sanitario nazionale in ordine ai rapporti tra Stato e regioni, alla riconsiderazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e dei Diagnosis-related group (DRG) e alla riorganizzazione degli organi di consulenza del Ministero della salute (AIFA, Consiglio superiore di sanità ed Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali – AGENAS)

La Commissione, premesso che il tema assegnato riguarda un ampio campo di interventi e di riforme necessarie al miglioramento del Sistema sanitario nazionale, adotta una prima risoluzione sul tema del federalismo in sanità, che appare di maggiore rilevanza e attualità, riservandosi di intervenire sugli altri temi previsti con ulteriori e successive proposte di risoluzione.

Indirizzi per il federalismo nella sanità

Con l'approvazione della legge 5 maggio 2009, n.42, recante delega al Governo in materia di federalismo fiscale e con l'avvio dell'*iter* di approvazione del decreto legislativo sui costi *standard*, si apre la sfida di un nuovo assetto del sistema sanitario italiano, che si fonda sull'autonomia e la responsabilità delle regioni nella programmazione e nella gestione del servizio sanitario a livello regionale. Ma la sfida riguarda anche la funzione nazionale dello Stato, la sua capacità di garantire eguali diritti per tutti i cittadini e un eguale accesso per tutti alle cure mediche, vigilando sul rispetto dei livelli essenziali di assistenza (LEA). Il federalismo è un nuovo rapporto tra lo Stato e le regioni e si fonda sulla solidarietà e su un nuovo equilibrio tra carico fiscale, qualità del *welfare*, autonomia e responsabilità a livello locale: si vuole costruire un federalismo che sia inteso da tutti come un nuovo patto tra gli italiani, al Nord e al Sud, capace di rendere più coeso e forte il Paese.

1. Un principio e una regola

A) Tutti i cittadini sono eguali nel diritto alle cure. Non hanno più diritti nelle regioni più ricche e meno diritti nelle regioni più povere. La legge n. 42 del 2009 afferma infatti, all'articolo 2, comma 2, lettera *m*), il criterio del superamento della spesa storica ed il riconoscimento, in tutte le regioni, del fabbisogno *standard* per il finanziamento dei livelli essenziali di cui all'articolo 117 della Costituzione. In tutto il Paese deve essere dunque garantita la disponibilità di risorse pari al fabbisogno *standard* per dare certezza di assistenza e di cura a tutti i cittadini.

B) è compito delle regioni fare in modo che queste risorse siano utilizzate in condizioni di efficienza, di appropriatezza e di trasparenza, nel proprio territorio, anche attraverso l'adozione di provvedimenti normativi, regolamentari ed amministrativi che combattano gli sprechi, la cattiva gestione, la duplicazione dei servizi, i *deficit* di bilancio. Una regione che spende male non può, per questo, chiedere di più. Né si deve chiedere ai cittadini delle altre regioni di pagare il conto per quella regione che non sa usare le risorse assegnate.

2. *Federalismo non può significare ridurre le risorse per la sanità*

Il fabbisogno nazionale *standard* deve corrispondere ai bisogni di assistenza della popolazione. Si può spendere meglio, non spendere meno.

Già oggi molte regioni hanno saputo garantire buona qualità dell'assistenza e conti in ordine, nel rispetto degli stanziamenti finanziari. È il frutto di un processo positivo e coraggioso di innovazione e di ricerca della qualità, realizzato in questi anni in tante regioni italiane. Sono sistemi sanitari che vincono il confronto con altri Paesi. Altrove c'è una sanità di assicurazioni private assai più costosa per le casse pubbliche e per i cittadini. Ed anche più ingiusta. Difendere il diritto alla salute con un sistema universalistico, che garantisca su tutto il territorio nazionale e a tutti i livelli essenziali di cura ed assistenza, è un obiettivo di civiltà del Paese, a cui l'Italia non intende rinunciare.

Lo schema di decreto legislativo – nella versione sottoposta all'esame della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano – all'articolo 21, comma 2, conferma per gli anni 2011 e 2012 il fabbisogno nazionale *standard*, secondo quanto previsto dall'intesa tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano del 3 dicembre 2009. Per gli anni successivi non vi sono indicazioni. È importante invece consentire alle regioni una programmazione della spesa su scala pluriennale.

A parere della Commissione il fabbisogno nazionale complessivo non può essere determinato al di sotto di quella soglia che in questi anni è stata concordata tra lo Stato e le regioni con il Patto per la salute. Si possono e si debbono riequilibrare le differenze e tagliare i disavanzi. Non si deve ridurre l'entità del fabbisogno. Questa scelta comporterebbe una riduzione generale delle risorse destinate al diritto alla salute e renderebbe impossibile ogni forma di uguaglianza dei diritti e di federalismo solidale.

3. *Come ripartire le risorse.*

Il riparto della somma globale tra le diverse regioni avverrà con il metodo dei costi *standard*. Si considererà, come tale, la spesa nei settori dell'assistenza ospedaliera, distrettuale e della prevenzione, delle tre regioni che saranno scelte per determinare il costo medio *pro capite*. Sarà la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, di seguito denominata Conferenza Stato-regioni, a sceglierle tra le cinque con le migliori *performance*. È necessario dunque valutare non solo i risultati di bilancio ma, nella stessa misura, la qualità dell'assistenza prodotta e la capacità di rispondere ai bisogni di salute dei propri cittadini.

La Commissione auspica che i criteri di scelta siano trasparenti, chiari, condivisi. Il riparto dei fondi tra le regioni deve obbedire al principio dell'eguaglianza dei cittadini di fronte al bisogno di cure. Un principio chiaro che richiede un metodo di calcolo semplice, che possa essere compreso e in cui tutti i cittadini possano riconoscersi. L'articolo 22, comma 6, del citato schema di decreto legislativo prevede che il costo

standard sia determinato, per ciascuno dei tre macro livelli di assistenza erogata, in condizioni di efficienza ed appropriatezza, dalla media *pro capite* pesata del costo registrato dalle regioni *benchmark*.

La Commissione impegna il Governo a riferire puntualmente al Parlamento sugli studi realizzati e sulle scelte compiute, prima di proporre, in sede di Conferenza Stato-regioni, i criteri che si intendono utilizzare per «pesare» la spesa *pro-capite*. È essenziale che la procedura che verrà adottata per determinare la percentuale di risorse per ogni singola regione corrisponda a criteri oggettivi e certi e non appaia la risultante di calcoli confusi e di pasticciati compromessi. I criteri devono infatti tener conto del reale numero degli abitanti di ogni regione, dell'incidenza dell'età nel determinare i bisogni assistenziali e del peso dei fattori di povertà e di deprivazione culturale e sociale e di eventuali altri fattori, individuati d'intesa con le regioni, in grado di incidere in maniera significativa nella variazione del bisogno tra diverse aree della popolazione.

Nel quadro di una futura, necessaria, riforma istituzionale, che preveda il superamento del bicameralismo perfetto, la decisione sui criteri di riparto delle risorse, stabilite a livello nazionale, deve trovare nel confronto parlamentare una più completa ed efficace risoluzione. Ciò anche al fine di ridurre il copioso contenzioso pendente dinanzi alla Corte costituzionale relativo ai ricorsi tra lo Stato e le regioni. Oggi, nella prospettiva dell'adozione dei decreti attuativi sul federalismo, la Commissione invita il Governo e le regioni ad un rapido e proficuo confronto per raggiungere al più presto su questi punti l'intesa in sede di Conferenza Stato-regioni.

4. *La Governance.*

L'accordo che la Commissione auspica, chiedendo al Governo di promuoverne le condizioni, è infatti non solo necessario, ma utile che avvenga in tempi brevi e che il nuovo riparto sia effettivamente realizzato entro un anno dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo sui costi *standard*. Un confronto troppo lungo su questo punto rischia infatti di ritardare o di bloccare, in sede di Conferenza Stato-regioni, altre rilevanti priorità. Tra di esse, una spicca in particolare: la necessità di condurre in porto, nel modo più giusto, la riorganizzazione dei servizi e i piani di rientro nelle regioni impegnate a risanare la spesa.

La prospettiva di un federalismo solidale è legata soprattutto alla capacità di proseguire e di rendere più efficace l'opera di monitoraggio, di accompagnamento e di sostegno delle regioni, dal Lazio all'Abruzzo, dalla Campania alla Puglia, al Molise, alla Calabria e alla Sicilia, che spendono più delle risorse assegnate e, per risanare i *deficit*, sono impegnate ad attuare i piani di rientro. Sarebbe un errore concentrare l'impegno, nei prossimi mesi, in una discussione infinita sul riparto dei fondi. Piuttosto è sull'efficacia e sui problemi emersi nell'esperienza di questi due anni sui piani di rientro che la Commissione richiama l'attenzione del Governo e della Conferenza delle regioni e delle province autonome.

Si ritiene infatti che l'esperienza del Patto per la salute e dei piani di rientro, con il monitoraggio presso il tavolo tecnico a livello nazionale, si

sia rivelata non soltanto utile, ma abbia offerto, per la prima volta, un sostegno concreto alle regioni che non hanno ancora realizzato quei processi di riorganizzazione della sanità che possono migliorare l'efficienza e la qualità delle reti assistenziali, diminuendone i costi. L'impegno delle regioni a rispettare i piani di rientro per raggiungere gli obiettivi vincolanti di efficienza e qualità della spesa va pienamente sostenuto.

L'esperienza insegna che i problemi dei disavanzi sanitari sono più un problema di *governance* che di risorse; pertanto, si indicano quattro esigenze che la Commissione sottopone, come indirizzo, al Governo:

a) è necessaria una forte accelerazione, riducendo al minimo i tempi previsti dai decreti legislativi, per introdurre procedure e regole contabili uniformi e la certificazione dei bilanci delle Aziende sanitarie locali (ASL) e delle Aziende ospedaliere sulla base di modelli comuni che rendano accessibili e confrontabili i risultati economici. Ed è necessario che diventino pienamente funzionanti ed integrati i sistemi di monitoraggio della spesa per l'assistenza distrettuale, specialistica e diagnostica e farmaceutica ospedaliera, in tutte le regioni oltre che, come già avviene, per quella ospedaliera e farmaceutica territoriale, sulla base delle procedure informative già definite e applicate in tante regioni italiane. È un limite significativo dei piani di rientro non potersi avvalere, in molte realtà, di sistemi adeguati di raccolta e di elaborazione dei dati che consentano più efficaci correttivi alla spesa e un primo monitoraggio sull'effettiva copertura dei LEA e sulla tutela dei bisogni di salute dei cittadini.

La Commissione propone al Governo di promuovere una intesa, in sede di Conferenza Stato-regioni, per il coordinamento di interventi di sostegno finalizzato a tale obiettivo, anche attraverso forme cooperative tra le regioni che, consentendo il trasferimento diretto di competenze e metodologie già in uso, permetta alle regioni in difficoltà di risparmiare tempo e denaro, realizzando i sistemi informativi *standard* in pochi mesi.

Accordi di *partnership* tra le regioni erano peraltro previsti nel Patto per la salute, ma sono stati realizzati solo in piccola parte. Ed è un limite che ha pesato e pesa tuttora;

b) nelle regioni sottoposte alle procedure di commissariamento, che vedono, cioè, i presidenti della giunta assumere anche la funzione di commissari di Governo per l'attuazione dei piani di rientro, è auspicabile una particolare attenzione da parte dell'Esecutivo affinché le procedure di nomina dei direttori generali delle ASL avvengano con grande rigore nella selezione delle professionalità migliori e più sperimentate, con specifica attenzione a quanto documentato nei *curricula*. Anche in questo campo può essere utile una collaborazione tra le regioni per consentire di mettere a disposizione delle realtà più difficili le migliori professionalità ed esperienze sul piano nazionale, che garantiscano al meglio pulizia, moralità, capacità di guida di aziende grandi e complesse.

In ogni caso la Commissione invita il Governo a proporre come misura opportuna di trasparenza, la pubblicazione sul *web* dei *curricula* pro-

fessionali dei direttori generali delle ASL con l'indicazione degli obiettivi assegnati;

c) lo Stato deve saper intervenire a sostegno delle regioni impegnate a risanare la spesa e a riorganizzare la rete dei servizi ospedalieri e distrettuali. Pur non considerandoli come strumenti di ordinaria amministrazione, ma solo come interventi di tipo straordinario, i piani di rientro ed i commissariamenti si sono rivelati utili nel contenimento e nel governo della spesa, contribuendo a far crescere una comune consapevolezza di cittadini ed amministratori. Ma la situazione è ancora aperta a diversi esiti ed entra forse ora nella fase più complessa. Ora, infatti, di fronte al compito della riorganizzazione dell'offerta di servizi, i vincoli di spesa, sia pur necessari, possono rivelarsi non sufficienti. Piani complessi di riorganizzazione e di riforma richiedono competenza, trasferimento di *know-how*, agenzie di supporto, investimento mirato, soprattutto nei settori della tecnologia e del digitale. È auspicabile che in queste realtà si rafforzi la collaborazione istituzionale tra le regioni interessate e le strutture, le Agenzie e le competenze che, a livello statale, possono supportare sul piano tecnico il lavoro e le scelte dei piani di rientro e dei commissari. Un commissario o un sub-commissario che non può contare su qualificate strutture tecniche e su professionalità sperimentate e organizzate, rischia, in questa fase, di non poter assolvere al proprio compito.

Ciò significa proporsi di organizzare, dove se ne avverte la necessità, veri e propri «uffici commissariali straordinari», in cui convogliare le competenze tecniche necessarie, a supporto delle amministrazioni regionali, per aiutare la formazione, soprattutto nelle regioni del Mezzogiorno, di una classe dirigente amministrativa e tecnica, con una vera autonomia professionale, esperienza di programmazione e di controllo gestionale. Appare infatti un limite significativo, oggi, la presenza di competenze quasi esclusivamente amministrative e giuridiche e la mancanza di competenze sanitarie e di programmazione dei servizi. Con l'ovvio corollario che si producono più «atti» che risultati.

L'obiettivo più grande per la sanità italiana è oggi proporsi il risanamento dei bilanci delle regioni in *deficit* e, al contempo, il miglioramento della qualità, il rispetto dei LEA, la riprogettazione dell'offerta. Non si deve più morire di parto!

Ciò non è compito del tavolo di monitoraggio, che ha una funzione di verifica. Deve essere il compito straordinario, di supporto e affiancamento, di altre istituzioni nazionali o regionali. Sono dunque aspetti essenziali:

- il trasferimento delle migliori pratiche, con la presenza di dirigenti di altre regioni (peraltro già prevista dal Patto per la salute) che possono dimostrare che il cambiamento si può realizzare;
- l'organizzazione di una funzione di controllo e valutazione della qualità delle strutture pubbliche e private, oggi praticamente inesistente;
- la definizione di alcune priorità: la riorganizzazione della rete ospedaliera e dei percorsi di cura ospedale-territorio, gli accordi con le università e il raccordo tra policlinici ed ospedali del territorio con la rivisita-

zione dei rapporti organizzativi ed economici tra insegnamento ed assistenza, il controllo della spesa e i tetti per gli erogatori privati, il sistema tariffario e il contenzioso, che appare privo di monitoraggi e controlli, l'appropriatezza dei ricoveri e della spesa farmaceutica, il miglioramento e il controllo della formazione specialistica medica, il completamento della riforma psichiatrica ai sensi della legge 13 maggio 1978, n. 180.

Ed è proprio su queste scelte che si gioca il destino dei piani di rientro e la qualità dell'assistenza sanitaria in molte regioni del Mezzogiorno.

In questo senso appare indispensabile che, al di là di un equo riparto, nella spesa corrente, dei fondi necessari a garantire i livelli di assistenza, il Parlamento definisca con certezza, nella sessione di bilancio, le procedure e le dimensioni degli interventi in conto capitale, di un piano cioè di investimenti pluriennale che realizzi interventi perequativi, di riequilibrio e di omogeneizzazione dell'offerta su tutto il territorio nazionale, promuovendo l'innovazione tecnologica, l'ammodernamento e la riconversione dell'edilizia sanitaria.

In particolare, per la riorganizzazione delle reti ad alta specializzazione e delle tecnologie in grado di offrire eguaglianza di accesso ai servizi di eccellenza e percorsi di cura integrati (di prevenzione, distrettuale e ospedaliera) in ogni bacino di utenza, secondo gli *standard* di popolazione previsti dalla programmazione sanitaria nazionale;

d) la Commissione invita il Governo a valutare con molta attenzione non solo l'andamento dei conti delle regioni ma anche la qualità e la completezza dell'assistenza erogata, attraverso modelli indicatori di appropriatezza e di esito delle prestazioni e delle cure.

Si avverte la necessità di definire un sistema nazionale di valutazione, di intesa con le regioni, in grado di rilevare per tempo le carenze e i problemi, con un monitoraggio costante della qualità dei percorsi di cura o dei ritardi, delle inadempienze nella erogazione dei livelli di assistenza, sia a livello di prestazioni ospedaliere che nel decisivo lavoro della medicina territoriale e dei medici di famiglia.

Senza tale sistema di valutazione la programmazione sanitaria naviga nel buio e rischia, nel tentativo di ridurre gli sprechi, di ridurre i servizi per i cittadini. Non deve accadere.

5. *Conclusioni.*

Il federalismo è un nuovo patto tra gli italiani, tra Nord e Sud del Paese. È un accordo da costruire tra idee, orientamenti politici, realtà sociali diverse. Anche nella sanità si pongono davanti a noi problemi difficili e distanze molto grandi, ma non incolmabili. Non è un'impresa impossibile per un Paese che ha voglia di farcela e guarda con fiducia al futuro.

