

CAMERA DEI DEPUTATI

SENATO DELLA REPUBBLICA

XIII LEGISLATURA

**COMMISSIONE PARLAMENTARE
PER LE QUESTIONI REGIONALI**

RESOCONTO STENOGRAFICO

AUDIZIONE

9.

SEDUTA DI MARTEDÌ 7 MARZO 2000

**COMMISSIONE PARLAMENTARE
PER LE QUESTIONI REGIONALI**

RESOCONTO STENOGRAFICO

AUDIZIONE

9.

SEDUTA DI MARTEDÌ 7 MARZO 2000

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE MARIO PEPE

INDICE

	PAG.
Sulla pubblicità dei lavori:	
Pepe Mario, <i>Presidente</i>	2
Audizione del ministro della sanità, Rosy Bindi, sul tema: « Politica sanitaria nazionale e ruolo delle regioni dopo la legge n. 419 del 1998 e il decreto legislativo n. 229 del 1999 » (ai sensi dell'articolo 143, comma 2, del regolamento della Camera dei deputati):	
Pepe Mario, <i>Presidente</i>	2, 8
Bindi Rosy, <i>Ministro della sanità</i>	2
Pizzinato Antonio (DS-U)	8

La seduta comincia alle 13,40.

Sulla pubblicità dei lavori.

PRESIDENTE. Se non vi sono obiezioni, la pubblicità della seduta sarà assicurata anche per mezzo della trasmissione con il sistema audiovisivo a circuito chiuso.

(Così rimane stabilito).

Audizione del ministro della sanità Rosy Bindi sul tema: «Politica sanitaria nazionale e ruolo delle regioni dopo la legge n. 419 del 1998 e il decreto legislativo n. 229 del 1999».

PRESIDENTE. Per agevolare la partecipazione dei colleghi alle sedute della Camera e del Senato organizzerei i nostri lavori nel modo seguente: nei giorni scorsi ho rimesso all'attenzione del ministro un questionario sul quale l'onorevole Bindi potrebbe intrattenersi oggi, per poi aggiornare l'incontro tra 15 giorni, quando potrà aver luogo il dibattito sulla relazione che il ministro svolgerà.

Do quindi la parola al ministro perché risponda sui temi relativi al decreto legislativo n. 229, ovviamente con particolare attenzione a quelli più significativi nei rapporti con la Commissione per le questioni regionali, allo scopo di verificare se il sistema regionale sul versante della sanità riesca, al di là dell'autonomia finanziaria, a sortire tutti gli effetti sul territorio che noi consideriamo importanti.

ROSY BINDI, *Ministro della sanità.* Alcuni giorni fa il presidente della Commissione mi ha fatto pervenire un questionario che tocca vari aspetti, il primo dei quali riguarda il completamento del processo di regionalizzazione e, all'interno di tale processo, al nuovo rapporto tra regioni e sistema delle autonomie locali. Una seconda richiesta di riflessione riguarda l'introduzione del sistema di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie volto ad erogare le prestazioni sanitarie. Un terzo interrogativo attiene al rapporto tra monitoraggio e verifica del livello di assistenza sanitaria e applicazione del decreto legislativo sul federalismo fiscale. Una quarta domanda è relativa alla riforma dei ministeri e, quindi, alla creazione del ministero del lavoro, delle politiche della salute e delle politiche sociali, in particolare per ciò che concerne le implicazioni che potrà comportare l'istituzione di questo ministero dei diritti sociali. Infine, viene formulata una domanda relativamente al rapporto tra Servizio sanitario nazionale e università e, in particolare, per quanto riguarda le ricadute finanziarie sul sistema sanitario nazionale, nonché il rapporto tra servizi sanitari regionali e istituti di recupero e cura a carattere scientifico.

Ritengo che l'insieme di questi interrogativi metta in luce gli elementi fondamentali della recente riforma sanitaria, in particolare quelli che riguardano il nuovo quadro istituzionale venuto a crearsi e che interessano in maniera particolare questa Commissione. Vi sono, ovviamente, molti altri aspetti contenuti nella riforma: se la Commissione riterrà opportuno introdurli, sono disponibile a discuterne.

Per quanto riguarda il primo aspetto, uno dei motivi principali per i quali si è dato avvio alla terza riforma del Servizio sanitario nazionale in vent'anni è legato proprio alla necessità di dare un nuovo quadro istituzionale, o meglio di creare un quadro più certo di responsabilità istituzionali. Infatti, uno dei principi della legge delega faceva esplicito riferimento alla necessità di completare il processo di regionalizzazione e, al tempo stesso, di prevedere nuove forme di coinvolgimento del sistema delle autonomie, in particolare dei comuni e dei sindaci.

Credo di poter affermare che il decreto legislativo n. 229, in armonia con l'evoluzione federalista dello Stato, ha portato a compimento il processo di regionalizzazione dell'assistenza sanitaria e lo ha fatto definendo il Servizio sanitario nazionale come il sistema delle funzioni e dei servizi propri dei servizi sanitari regionali. Per la prima volta, quindi, si parla del Servizio sanitario nazionale come coordinamento di servizi sanitari regionali. L'elemento unificante di coesione in base al quale il servizio sanitario mantiene il suo carattere nazionale è rappresentato dai livelli essenziali di assistenza, che costituiscono il sistema delle garanzie per tutti cittadini, in quanto devono essere assicurati dalle regioni in modo uniforme su tutto il territorio nazionale attraverso risorse pubbliche.

Il nuovo Piano sanitario nazionale è stato pensato come principale strumento di armonizzazione e di raccordo delle politiche regionali per la salute e l'assistenza sanitaria. La circolarità nel processo di programmazione sanitaria introdotta dalla riforma prevede, da un lato, che il Piano sanitario nazionale sia elaborato con il concorso delle regioni e dall'altro che i piani sanitari regionali siano sottoposti a verifica da parte del ministro della sanità rispetto alla loro congruità con gli indirizzi nazionali. Nel nuovo modello di armonizzazione tra programmazione nazionale e programmazione regionale è previsto che le regioni esprimano il proprio parere non soltanto dopo la predisposizione del Piano sanita-

rio nazionale, come accade attualmente, ma formulano anche proposte per la sua elaborazione. Il vigente Piano sanitario nazionale scade nel 2000 e quindi, con i nuovi consigli e con le nuove giunte regionali saremo in grado di predisporre il nuovo piano sanitario nazionale grazie alle proposte che, entro il 31 luglio prossimo, quindi dopo l'insediamento dei nuovi consigli e delle nuove giunte che faranno pervenire al Ministero della sanità, che poi proporrà al Governo l'adozione del Piano.

Per quanto riguarda i piani sanitari regionali occorre sottolineare che i poteri sostitutivi da parte del livello centrale nei confronti delle regioni sono espressamente previsti soltanto al verificarsi di due situazioni: di cui una è rappresentata dalla mancata adozione del Piano sanitario regionale ad un anno dall'adozione del piano sanitario nazionale. Ciò proprio perché abbiamo ritenuto di dover porre fine ad una situazione assolutamente anomala ed anche non sopportabile da un punto di vista politico, per cui circa 15 regioni nel nostro paese non si erano mai date un piano sanitario regionale, sapendo che questo di fatto è il provvedimento politico-amministrativo che dà la certezza dei diritti ai cittadini.

Aver previsto nella riforma sanitaria la possibilità di esercitare i poteri sostitutivi ha già dato un impulso notevole alla programmazione regionale. Personalmente sostengo che i poteri sostitutivi devono essere previsti ma, se possibile, anche esercitati; tuttavia, il solo fatto di prevederli mette in moto delle responsabilità che forse finora non erano mai state esercitate.

Per dare conto di ciò, vorrei citare qualche dato relativo all'effettivo stato di attuazione dei piani sanitari regionali: è pervenuto per la prima volta il piano sanitario regionale del Lazio e quello della Puglia, mentre è in via di approvazione quello della Sicilia. Per quanto riguarda in particolare quest'ultima regione, non essendo questa interessata dalla prossima consultazione elettorale, avrà la possibilità di lavorare nei prossimi mesi, in vista

dello scadere, a maggio, del termine oltre il quale possono scattare i poteri sostitutivi. È evidente che c'è un atteggiamento di attenzione e di autoregolamentazione da parte del Governo centrale proprio perché le regioni sono alle soglie delle elezioni, ma la Sicilia non è in questa situazione e sta fortemente accelerando il processo. Va detto inoltre che alcune regioni sono al secondo o al terzo piano sanitario; è il caso, per esempio, della Toscana e dell'Abruzzo. Vi sono, insomma, situazioni molto differenziate, ma mi preme sottolineare che l'approvazione del decreto legislativo n. 229 del 1999 ha in qualche modo determinato una maggior responsabilizzazione delle realtà regionali.

Per quanto attiene, invece, il coinvolgimento delle autonomie locali, e in particolare dei comuni, la riforma prevede la partecipazione degli enti locali a tutti i livelli della programmazione secondo forme e modalità disciplinate dalla regione. Questa scelta salvaguarda l'autonomia della regione ed il suo ruolo centrale nella programmazione sanitaria - ruolo che sarà ancora più rilevante con l'attuazione del federalismo fiscale - garantendo però ai comuni il diritto di concorrere nella programmazione delle attività e nella valutazione degli obiettivi raggiunti dalle aziende sanitarie. Investiti di queste responsabilità, è quindi del tutto naturale che gli enti locali esprimano il loro parere sulla valutazione dei direttori generali, fermo restando che il potere e la relativa responsabilità di nomina e di revoca restano alle regioni.

La responsabilità delle regioni nel garantire i livelli di assistenza è inequivocabilmente affermata dall'articolo 3 del decreto legislativo n. 229, che di fatto configura le unità sanitarie locali come enti strumentali della regione. Le unità sanitarie locali, a loro volta, per garantire l'efficienza della loro operatività si costituiscono in aziende con personalità giuridica di diritto pubblico e propria autonomia imprenditoriale, soggette, per gli aspetti organizzativi, ad una disciplina di diritto privato. In tal modo si rafforza il

carattere pubblico dei fini delle aziende sanitarie, garantiti dalla regione stessa, che ne assumerà anche la piena responsabilità finanziaria con il federalismo fiscale; si stabilisce inequivocabilmente la subordinazione delle aziende sanitarie alla regione e si permette alle aziende sanitarie di adottare regole privatistiche e quindi più rapide e flessibili per la fornitura di beni e servizi. Ciò permetterà, ad esempio, di stipulare contratti senza bisogno di gare ad evidenza pubblica per importi fino a 400 milioni, come prevede la normativa dell'Unione europea. Assoggettate allo stesso regime delle aziende private, anche per ciò che riguarda la definizione dell'organizzazione interna e per l'attribuzione delle relative responsabilità, le aziende vedono aumentare la loro autonomia nella scelta dei mezzi più adeguati per perseguire gli obiettivi definiti dalla programmazione regionale.

Rispetto alla situazione attuale, quindi questa scelta ha l'effetto di porre fine alla contrapposizione tra responsabilità regionale e autonomia aziendale, chiarendo i reciproci ruoli, e spingendo al massimo la privatizzazione degli strumenti operativi delle aziende. Il controllo regionale su questa privatizzazione è garantito dal fatto che la regione, cui spetta la responsabilità ultima dei risultati economici delle aziende, detta le norme entro le quali il direttore generale assume l'atto di indirizzo privato che regola la vita e l'organizzazione dell'azienda USL. Insieme alla flessibilità nell'utilizzo del personale conferita con l'istituzione del livello unico della dirigenza sanitaria, queste norme permettono il massimo di discrezionalità e di responsabilità nella conduzione delle aziende.

Il secondo potere sostitutivo previsto dalla legge è relativo alle modalità con le quali le regioni devono prevedere strumenti che consentano la partecipazione dei comuni e degli enti locali. L'articolo 2 del decreto legislativo n. 229 prevede infatti l'istituzione di una commissione regionale, la conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale, che dovrà garantire il rac-

cordo con la conferenza dei sindaci. Abbiamo anche previsto che la sua funzione possa essere in qualche modo ricompresa in quella della conferenza prevista dalle leggi Bassanini come organo di raccordo con le autonomie locali. Ciò naturalmente per non aggravare il livello regionale di troppi organismi di partecipazione. Alcune regioni, infatti, nel recepire il decreto legislativo n. 229 si stanno orientando ad integrare le funzioni di quella conferenza con le funzioni della conferenza di programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale. Lo sottolineo perché ritengo di dover rispondere alle osservazioni circa l'eccessiva moltiplicazione di organismi di partecipazione che si verrebbe a creare con il riordino dei settori in base alle regole generali sul rapporto tra le autonomie locali e le regioni e tra le regioni e lo Stato centrale. Noi abbiamo voluto muoverci sulla via della semplificazione. Un riordino di settore non deve confliggere in nessun modo con il quadro istituzionale complessivo, sebbene, nel caso della sanità, ci troviamo sicuramente di fronte al settore a federalismo più avanzato: a Costituzione invariata, questo è sicuramente il settore più « regionalizzato ».

Il potere sostitutivo in questo caso può essere esercitato laddove la legge regionale non disciplini l'istituzione di una conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria, non preveda né disciplini il rapporto fra programmazione regionale e programmazione attuativa locale, e dove non promuova la partecipazione delle autonomie locali nell'azienda attraverso la conferenza dei sindaci.

Vorrei qui sottolineare un altro aspetto: la scelta di una maggiore responsabilizzazione dei comuni e del sistema delle autonomie locali, in questo settore, non è legata soltanto a motivi formali di quadro istituzionale, che si giustificano evidentemente da soli. Quello alla salute è un diritto di cittadinanza: i cittadini devono avere la possibilità di effettuare - il più possibile da vicino - un controllo politico ed istituzionale sulla garanzia della tutela di questo diritto. È quindi

evidente che il sindaco ed il comune rappresentano in qualche modo il punto di riferimento più immediato. L'aver ricreato questo nuovo rapporto tra enti locali e regioni nella programmazione e nel controllo degli obiettivi perseguiti nella programmazione è comunque legato ad una scelta di merito del nuovo Servizio sanitario nazionale, cioè in maniera particolare al tipo di offerta di salute che attraverso la programmazione deve essere garantita. Un'offerta si caratterizza per l'integrazione dei servizi territoriali ed ospedalieri e per l'integrazione dei servizi socio-sanitari. Poiché il comune il primo e diretto responsabile dei servizi sociali (già oggi, ma soprattutto - ci auguriamo - con l'approvazione della legge di riforma dell'assistenza) è chiaro che nell'organizzazione territoriale dell'unità sanitaria locale, cioè nel distretto, (cui afferisce la programmazione locale) era indispensabile prevedere un coinvolgimento pieno dei sindaci e dei comuni non solo attraverso il loro parere (ex articolo 3 del decreto legislativo n. 229) ma anche attraverso il loro concerto nell'approvazione del piano distrettuale. Ciò proprio perché abbiamo ritenuto che i servizi ad integrazione socio-sanitaria ad alta componente sanitaria non dovessero essere considerati residuali bensì dovessero rientrare nei livelli essenziali di assistenza. Vale a dire che il Piano sanitario nazionale e il piano sanitario regionale, nel dare la certezza ai cittadini di quelle prestazioni sanitarie ritenute non minime ma essenziali per la tutela della salute, quindi nell'individuare quindi i livelli essenziali in questione, devono prevedere anche le prestazioni socio-sanitarie ad alta componente sanitaria, ritenendole un livello essenziale di tutela sanitaria.

Si tratta di un'innovazione molto forte del piano sanitario 1998-2000 ma anche della riforma, che offre una giustificazione non solo di carattere istituzionale ma di merito per il nuovo assetto individuato.

Mi fermo qui per quanto riguarda la risposta alla prima domanda che mi è stata sottoposta, ritenendo peraltro che, proprio su questo aspetto, saranno più

numerosi i vostri quesiti e che, quindi, avremo la possibilità di integrare quanto ho già detto nella prossima seduta.

Vorrei invece affrontare il secondo quesito che mi è stato sottoposto, quello relativo all'istituto dell'accreditamento, che è stato definitivamente normato nel decreto legislativo n. 229 e che rappresenta una delle innovazioni principali. Il processo di selezione delle strutture che possono agire per conto e a carico del Servizio sanitario nazionale prevede, nel procedimento amministrativo, quattro fasi tra loro autonome anche se tutte indispensabili: autorizzazione alla realizzazione delle strutture sanitarie; autorizzazione al funzionamento; accreditamento; accordi contrattuali. Con l'autorizzazione al funzionamento le strutture possono svolgere attività sanitarie; con l'accreditamento le strutture ed i professionisti possono svolgere attività per conto del Servizio sanitario nazionale; con gli accordi contrattuali stabiliti dalla regione e dalle unità sanitarie locali, da un lato, le strutture ed i professionisti accreditati, dall'altro, questi ultimi possono svolgere attività a carico del Servizio sanitario nazionale.

Il decreto legislativo chiarisce in modo definitivo che l'accreditamento rappresenta la condizione necessaria ma non sufficiente per entrare a far parte degli erogatori effettivi di prestazioni finanziate dal Servizio sanitario nazionale. Tutti i soggetti accreditati dalla regione, in quanto in possesso dei requisiti di qualità e funzionali agli obiettivi della sua programmazione, entrano a far parte dell'elenco dei potenziali fornitori di prestazioni per conto del servizio sanitario nazionale. All'interno di questa lista, le regioni e le unità sanitarie locali, attraverso gli accordi contrattuali, scelgono gli effettivi erogatori effettivi delle prestazioni previste dai livelli essenziali di assistenza attraverso valutazioni comparative dei costi e della qualità dell'assistenza offerta da ciascuno di essi. Questo processo è puntualmente definito nei suoi principi e nei criteri generali di attuazione, nonché nella individuazione delle responsabilità regio-

nali. Ciò serve ad eliminare i problemi determinati dalla genericità delle formulazioni previste dal decreto n. 502 del 1992 che, attraverso la vaga evocazione di appositi rapporti da definirsi tra aziende USL e tutti i soggetti erogatori aveva permesso il fiorire di soluzioni più avventurose. La relativa numerosità di provvedimenti attuativi a livello nazionale e regionale relativi a questa parte della riforma è quindi la diretta conseguenza del vuoto normativo attualmente esistente, un vuoto riempito solo dalle incoerenti e spesso contrastanti disposizioni che sono annualmente inserite nelle leggi finanziarie e che si sono succedute a partire dal 1993. Va, inoltre, aggiunto che la numerosità dei provvedimenti è legata al fatto che in questa, come in tutte le altre parti del decreto legislativo n. 229, si è voluto rispettare il completamento del processo di regionalizzazione. Il ricorso continuo all'atto di indirizzo e coordinamento è servito a creare una sorta di armonizzazione nazionale su provvedimenti che sono di competenza regionale: è la regione che accredita, che autorizza, in base ad un modello di accreditamento definito nei suoi aspetti più dettagliati non da una legge nazionale, ma è delineato da un atto di indirizzo e coordinamento che nella gerarchia delle fonti normative è il provvedimento che comunemente caratterizza tutti gli Stati federali: così è in Germania, così è in Canada e così si è fatto anche in Italia con le riforme della pubblica amministrazione e, in particolare, con la riforma della legge sanitaria. Tutto, quindi, è demandato ad un atto di indirizzo e coordinamento che è in fase di predisposizione e che contiamo di portare alla Conferenza Stato-regioni non appena saranno costituiti i nuovi consigli regionali; un atto che contiene gli elementi fondamentali di qualunque modello la regione voglia poi concretamente attuare in base agli indirizzi del modello nazionale.

L'autorizzazione alla realizzazione di nuove strutture è un provvedimento di recente istituzione, previsto dalla legge di delega approvata dal Parlamento, che

estende anche alle strutture private le valutazioni di necessità rispetto al fabbisogno e soprattutto di localizzazione ottimale al fine di favorire l'accessibilità ai servizi fino ad oggi richiesta soltanto per le nuove strutture pubbliche. Prima esisteva l'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie, ma non l'autorizzazione alla costruzione di strutture sanitarie. Abbiamo ritenuto di doverla prevedere per garantire che l'atto di programmazione da parte della regione, ponendosi all'inizio del percorso, crei maggior certezza negli interlocutori privati e non produca quelle forme di « pretesa » per la realizzazione delle ulteriori fasi di processo di accreditamento cui spesso assistiamo. Finora costruire una struttura sanitaria privata voleva dire automaticamente richiedere l'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria; questo spesso creava una sorta di pretesa ad essere sicuramente accreditati, così come, una volta accreditati, ad acquisire sicuramente una determinata quantità di prestazioni da erogare in nome e per conto del Servizio sanitario nazionale. Il decreto legislativo n. 229 si muove in un'altra logica: si stabilisce il fabbisogno, si autorizza alla costruzione, alla realizzazione, all'accreditamento un numero maggiore di strutture rispetto all'effettivo fabbisogno per garantire tra le stesse strutture rispetto alla fase successiva del procedimento una competizione che consenta alla regione e all'azienda sanitaria di scegliere la qualità tra i vari competitori. Ma tutto ciò all'interno di un quadro di programmazione certa fin dal momento iniziale del processo. Questa è la logica nella quale ci siamo mossi. La domanda che mi è stata fatta pervenire dal presidente della Commissione faceva riferimento ad osservazioni mosse dall'*Authority* della concorrenza del mercato, la quale fu molto pesante nelle valutazioni formulate sulla legge delega, fino a rischiare in qualche modo di bloccare il processo di approvazione di quella legge al Senato; tuttavia, su questo decreto legislativo è stato espresso un parere nettamente favorevole da parte dell'Autorità garante della concorrenza

del mercato, anche ed in maniera particolare su tutta la normativa riguardante il processo di accreditamento. Ciò perché si è dovuto riconoscere che in questo settore non è il fattore concorrenza che può ritenersi punto di riferimento (quello usato nell'articolato relativo ai processi di accreditamento), bensì è quello della competizione integrata o dell'integrazione competitiva. Infatti, ciò che interessa non è tanto la concorrenza tra i soggetti volta ad accaparrarsi quote consistenti di finanziamento, fermo restando che la peculiarità del mercato sanitario sta nel fatto che il terzo pagante fa riferimento ad un fondo che, per quanto adeguato recentemente, è comunque limitato. Inoltre l'aumento dell'offerta non aumenta le risorse, ma le consuma, perché spesso induce anche una domanda impropria. Allora, ciò che interessa in questo settore non è la concorrenza tra i soggetti per accaparrarsi quote di mercato, ma, fermo restando che l'offerta è regolata dalla programmazione, è di riuscire a competere nel quadro dell'offerta certa per garantire a chi deve accreditare di scegliere i soggetti che sono di qualità maggiore tra i privati e nel rapporto tra pubblico e privato.

Questa è la logica che muove la legge, tant'è che è stato esplicitamente riconosciuto che il modello è coerente con l'impostazione generale del sistema, che non mortifica la libera scelta in quanto questa non può che avvenire all'interno di un quadro di programmazione che garantisca la qualità e la sicurezza della stessa offerta. Non c'è libertà di scelta se non c'è qualità dei professionisti, sicurezza delle strutture, efficacia delle cure, appropriatezza delle prestazioni. Questo è il modello che muove la riforma, perciò l'Autorità ha ritenuto che il sistema di accreditamento fosse coerente con la visione del sistema nel suo complesso, anche il fatto che sul soggetto accreditante vigila una commissione nazionale che impropriamente è stata definita la commissione dell'accreditamento. In realtà si tratta

della commissione per la vigilanza dell'applicazione delle regole di accreditamento da parte delle regioni nei confronti delle varie strutture.

Concludo la mia esposizione e mi dichiaro disponibile quando la Commissione vorrà riconvocarsi per il seguito di questa audizione.

ANTONIO PIZZINATO. Penso che potrebbe risultare utile acquisire il quadro della programmazione delle regioni cui il ministro ha fatto riferimento.

PRESIDENTE. Ringrazio il ministro della sanità e rinvio il seguito dell'audizione ad altra seduta.

La seduta termina alle 14,20.

IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO
STENOGRAFIA
DELLA CAMERA DEI DEPUTATI

DOTT. VINCENZO ARISTA

*Licenziato per la stampa
dal Servizio Stenografia il 24 marzo 2000.*

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO