



CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME
13/076/CR9d/C7

AUDIZIONE
NELL'AMBITO DELL'INDAGINE CONOSCITIVA SULLA SFIDA DELLA
TUTELA DELLA SALUTE TRA NUOVE ESIGENZE DEL SISTEMA
SANITARIO E OBIETTIVI DI FINANZA PUBBLICA

DINANZI ALLE COMMISSIONI BILANCIO E AFFARI SOCIALI DELLA
CAMERA DEI DEPUTATI

AUDIZIONE
NELL'AMBITO DELL'INDAGINE CONOSCITIVA SULLA SOSTENIBILITÀ
DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE CON PARTICOLARE
RIFERIMENTO ALLA GARANZIA DEI PRINCIPI DI UNIVERSALITÀ,
SOLIDARIETÀ ED EQUITÀ

DINANZI ALLA COMMISSIONE IGIENE E SANITÀ DEL SENATO

Nel nostro Paese, soprattutto in questo periodo di crisi economica, è stato avviato un ampio confronto riguardo alla sostenibilità dei costi del Servizio Sanitario Nazionale – istituito nel 1978 e ormai patrimonio di tutti i cittadini – e alla necessità di riorganizzare l'offerta di servizi sanitari e sociosanitari alla luce dei vincoli di finanza pubblica e delle modifiche introdotte al Titolo V della Costituzione, il quale, da un lato, riconosce quale materia di competenza esclusiva dello Stato «la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale» e, dall'altro, contempla tra le materie attribuite alla competenza legislativa concorrente delle Regioni «la tutela della salute».

Le Commissioni Bilancio e Politiche Sociali con questa indagine ritengono necessario approfondire il tema di come coniugare i bisogni di salute, tra l'altro in un momento di crisi che non riguarda solo l'Italia, con la necessità di tenere sotto controllo la spesa pubblica all'interno della quale il settore sanitario rappresenta una parte rilevante.

Garantire adeguati livelli di assistenza sanitaria tenendo delle risorse finanziarie, è l'impegno che le Regioni e le Province autonome quotidianamente mettono in campo nei loro territori.

Per continuare, però, si ritiene indispensabile riuscire a garantire l'universalità e la sostenibilità del SSN.

All'interno di questo quadro, però, ci sono alcune questioni importanti che bisogna sottolineare per comprendere come ciò che è oggetto dell'indagine possa realizzarsi dipende dalla concatenazione di più elementi di natura diversa tra di loro, ma che insieme determinano l'erogazione delle prestazioni sanitarie e socio sanitarie ai cittadini italiani:

- Patto della Salute
- Edilizia sanitaria e gli investimenti
- Costi standard
- Compartecipazione della spesa
- Piani di rientro
- Lea e Liveas
- Assistenza ospedaliera e territoriale
- Gestione e sviluppo del personale
- Sistema di controllo e certificazione dei bilanci delle aziende sanitarie

Universalità del SSN

Le caratteristiche proprie del Servizio Sanitario Nazionale come la responsabilità pubblica della tutela della salute, l'universalità/equità di accesso ai servizi sanitari e il finanziamento pubblico proveniente dalla fiscalità generale, devono essere confermate.

Negli ultimi anni le diverse manovre di finanza pubblica che sono intervenute hanno determinato per l'anno 2013, e per la prima volta, una riduzione rispetto all'anno precedente delle risorse assegnate per il Fondo Sanitario Nazionale (meno 1 miliardo di €), mutando il concetto di universalità come fino ad ora conosciuto.

Pertanto, al fine di continuare a consentire alle persone di accedere ai servizi di cui hanno bisogno senza incorrere in gravi problemi economici, la prima considerazione che bisogna portare all'attenzione del Parlamento è la necessità di evitare che la crisi economica che stiamo vivendo possa far venir meno la natura propria di universalità e solidarietà del Servizio Sanitario Nazionale.

Sostenibilità del SSN

Le ultime manovre finanziarie hanno agito profondamente sul fabbisogno finanziario del sistema sanitario vanificando quanto stabilito dal Patto per la Salute (2010-2012) e generando indiscutibili effetti sull'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza che le Regioni devono comunque garantire.

Già con le leggi n. 220/2010 (legge di stabilità per l'anno 2011) e n. 111/2011 (manovra finanziaria per l'anno 2011) il fondo per le risorse finanziarie per il SSN previsto per l'anno 2012 dal Patto della Salute in 111.812 miliardi di € è stato rispettivamente ridotto prima a 109.614 miliardi di €, poi nell'estate del 2011 a 108.780 miliardi di €, per essere infine ridotto a 107.961 miliardi di € con la Spending Review .

Successivamente con la manovra "Salva Italia" (decreto legge n. 210 del 06.12.2011, convertito in legge n. 214/2011) sono state introdotte ulteriori misure che graveranno sui bilanci regionali come l'aumento di due punti dell'IVA, l'aumento del prezzo della benzina e delle tariffe per beni e servizi.

Come noto, inoltre, con la legge n. 135/2012 cosiddetta “Spending review” e con la successiva legge di stabilità n. 228/2012 per l’anno 2013 il fondo sanitario nazionale è stato ridotto ulteriormente di 1.8 miliardi di € e di altri 600 milioni.

Si ricorda che a normativa vigente è già stata prevista una riduzione del riparto del fondo sanitario nazionale di 2 miliardi di € per l’anno 2014 e di 2,1 miliardi di € a decorrere dal 2015.

La contrazione delle risorse così definite (31 miliardi di tagli dal 2010 al 2015) pone come primo problema da affrontare nella discussione quello dell’entità del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale.

Inoltre, le Regioni ritengono non sostenibile per i cittadini e per il sistema l’introduzione di 2 miliardi di € di ticket che dovrebbero entrare in vigore dal 2014 e sui quali, comunque, si è registrata ultimamente un’importante apertura da parte del Governo.

Si dovrà, quindi, prevedere un adeguato finanziamento per garantire la sostenibilità dell’attuale sistema pubblico, pregiudicato dalle ultime manovre al fine di evitare uno scenario che prefigurerebbe un autentico “stato di default” dell’intero Servizio Sanitario Nazionale.

Patto della Salute

Il prossimo Patto per la Salute fra Governo e Regioni si inserisce in un contesto di finanza pubblica nazionale nel quale ogni soggetto istituzionale è chiamato a fare la propria parte con forte senso di responsabilità, per il raggiungimento di obiettivi e di impegni che il Paese ha assunto nel contesto europeo ed internazionale.

Il Patto per la Salute nasce come un “accordo” tra Stato e Regioni relativo alla programmazione e alla conseguente spesa del Servizio Sanitario Nazionale, a garanzia dell’equilibrio economico-finanziario, col fine di migliorare la qualità dei servizi, di promuovere l’appropriatezza delle prestazioni e di garantire l’unitarietà del sistema, all’interno di un percorso che ogni Regione ha già intrapreso in questi ultimi dieci anni per razionalizzare la spesa e per rendere efficace ed efficiente il sistema.

Il prossimo Patto per la Salute, infatti, dovrà avere come obiettivo prioritario promuovere un’assunzione di responsabilità di Governo e Regioni nell’individuare strumenti innovativi che garantiscano un futuro certo al SSN, seppur in una congiuntura economica difficile.

Le Regioni, infatti, ritengono fondamentale continuare a garantire, con le misure che saranno previste nel prossimo Patto, l’universalità del Servizio Sanitario Nazionale che deve assicurare i livelli essenziali di assistenza (LEA) in modo appropriato e uniforme su tutto il territorio nazionale.

Edilizia sanitaria ed investimenti

Per le Regioni non è più rinviabile il tema del finanziamento degli investimenti per l’ammodernamento strutturale e tecnologico per cui è necessario individuare un piano di investimenti caratterizzato da assegnazione e messa a disposizione di risorse certe, che consentano di avviare quei necessari programmi di realizzazione della rete di servizi, in grado di ottimizzare la gestione degli stessi con particolare attenzione agli interventi di messa in sicurezza degli immobili.

Costi standard

Il percorso che si riferisce alla definizione dei costi standard in sanità deve proseguire confermando e migliorando il modello istituzionale previsto dalla riforma del Titolo V della Costituzione. Il D. Lgs. n. 68/2011 aveva, infatti, previsto che a decorrere dal 2013 la determinazione dei costi standard e dei fabbisogni standard per le Regioni a statuto ordinario nel settore sanitario avrebbe portato ad un graduale e definitivo superamento dei criteri di riparto del Fondo Sanitario Nazionale fin qui utilizzati. I costi e i fabbisogni sanitari standard, determinati secondo le modalità

stabilite dal sopracitato decreto, avrebbero dovuto costituire il riferimento cui rapportare progressivamente nella fase transitoria, e successivamente a regime, il finanziamento integrale della spesa sanitaria, nel rispetto della programmazione nazionale e dei vincoli di finanza pubblica.

Sul DPCM che prevede i criteri di qualità dei servizi erogati, appropriatezza ed efficienza, per la scelta delle Regioni di riferimento ai fini della determinazione dei costi e dei fabbisogni standard regionali nel settore sanitario, in sede di Conferenza Stato – Regioni del 22 novembre 2012 è stata registrata la mancata intesa, non essendo stato accolto il criterio della rappresentatività per appartenenza geografica. Rimangono da individuare le tre Regioni di riferimento, scelte dalla Conferenza Stato-Regioni tra le cinque indicate dal Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentito il Ministro per gli Affari Regionali e le Autonomie sulla base dei criteri definiti nel DPCM.

Revisione compartecipazione della spesa

L'attuale congiuntura economica potrà rendere necessaria una revisione del sistema di compartecipazione della spesa sanitaria, senza gravare ulteriormente sui cittadini, che, però, dovrà svilupparsi sulla base di principi equi e sostenibili correlati alle patologie, alle situazioni caratterizzate da maggiore complessità oltre che dell'innalzamento della durata media della vita.

Piani di rientro

Il tema dei piani di rientro dovrà essere affrontato quanto prima recuperando la progettualità persa in questi anni. Infatti, finora il risanamento è stato solo economico ed è derivato dall'aumento di aliquote e ticket senza riuscire ad incidere sui livelli delle prestazioni da erogare, non risolvendo i nodi strutturali ancora esistenti.

Si evidenzia, quindi, come un miglioramento dal punto di vista economico-finanziario non abbia prodotto un eguale risultato dal punto di vista dei servizi erogati e dell'assistenza. È necessario, pertanto, riequilibrare questi aspetti.

In particolare, in merito ai piani di rientro, che potrebbero essere meglio denominati come “Piani di riorganizzazione e di riqualificazione dei sistemi sanitari che comportano il rientro dal deficit”, le Regioni hanno individuato alcuni aspetti che devono essere modificati e migliorati come di seguito riportato:

- è opportuno legare le procedure di verifica degli obiettivi delle Regioni in piano di rientro al miglioramento complessivo dell'attività assistenziale ed offrire percorsi certi ai procedimenti di validazione degli atti regionali ad opera del tavolo di verifica degli adempimenti;
- il perdurare del blocco del turn-over, solo parzialmente superato dalla legge 189/2012 e la necessità di assicurare i LEA, rende indifferibile una diversa regolamentazione delle politiche di reclutamento del personale nei SSR delle Regioni in piano di rientro.

Per quanto riguarda le gestioni commissariali, pare opportuno rafforzarne il ruolo e i poteri, anche per una più idonea eventuale difesa davanti al TAR, procedendo, per esempio, a nomina e mandati con DPCM: in particolare deve essere chiarito meglio che cosa succede in caso di mancato adeguamento degli organi collegiali alle indicazioni del Commissario.

Lea e Liveas

la rivisitazione e l'aggiornamento delle prestazioni indicate dal Dpcm del novembre del 2001 sui Lea dopo più di 10 anni dalla loro entrata in vigore rappresenta un altro argomento importante di discussione così come l'assenza della definizione del Liveas rappresenta un elemento mancante per una completa integrazione socio-sanitaria delle prestazioni nei territori e per una più puntuale

definizione/ripartizione dei costi tra sanità e sociale, anche in ottica di un rifinanziamento del fondo per la non autosufficienza.

Assistenza ospedaliera e territoriale

Si ritiene importante poter approfondire due importanti aspetti che sono fortemente correlati tra di loro come le cure primarie e l'assistenza ospedaliera. È quanto mai necessario pensare ad una rivisitazione complessiva dell'assistenza territoriale che non si fermi, però, all'applicazione dell'art. 1 della legge n. 189/2012 e che sia in grado di accompagnare una diversa e moderna programmazione regionale dell'assistenza ospedaliera.

Gestione e sviluppo del personale

Le politiche della gestione e dello sviluppo del personale dovranno avere come indirizzo prioritario la valorizzazione di tutte le professioni sanitarie, al fine di attuare, anche con forme e strumenti nuovi, i processi di riorganizzazione, riconversione e riqualificazione che le Regioni stanno attuando pur con le difficoltà dovute al blocco della contrattazione non solo della parte economica, ma anche di quella normativa.

Sistema di controllo e certificazione dei bilanci delle aziende sanitarie

A seguito delle innovazioni introdotte dal d. lgs.118/2011 si evidenzia, al fine di dare piena ed uniforme applicazione a quanto previsto dal Titolo II del Decreto Legislativo 118/2011, che le Regioni denunciano la difficoltà di dare piena attuazione a quanto disposto dalla norma stessa.

In particolare, si segnala:

- appare oltremodo penalizzante l'obbligo di contabilizzare gli investimenti effettuati con risorse correnti, nello stesso esercizio finanziario in cui sono stati acquisiti, soprattutto per le realtà regionali che necessitano, con maggiore urgenza, di un ammodernamento immobiliare e tecnologico. Si consideri, inoltre, che il fondo per gli investimenti in sanità è praticamente azzerato; chi vuole fare investimenti può, pertanto, utilizzare solamente le risorse provenienti dal FSN o da risorse proprie regionali.
- la predetta normativa ha innalzato le aliquote di ammortamento delle diverse categorie di beni (cespiti) comportando in tale modo un repentino appesantimento della costosità delle diverse aziende.
- l'applicazione delle disposizioni del d. lgs.118/2011 prevede l'emanazione di una serie di decreti ministeriali attuativi di tali disposizioni. Si segnala che, tra quelli non adottati, rientrano anche i decreti relativi alla determinazione dei criteri di consolidamento e quindi delle regole che saranno assunte dal "*Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti*" per la determinazione dell'equilibrio di gestione del consolidato regionale della sanità. E' ben comprensibile come tale ritardo lasci le amministrazioni regionali nell'incertezza anche in relazione alle in relazione alle prossime scadenze.

Spiace segnalare che, ad oggi, risulta esserne stata trasmessa solo una minima parte, mentre la maggior parte della casistica applicativa è stata annunciata ma non ancora diffusa.

Tale ritardo ha, come diretta conseguenza, che, ad esempio, gli adeguamenti da apportare ai sistemi informativi in essere presso le aziende sanitarie e per l'implementazione del software specifico regionale, non possono ancora essere pianificati, in mancanza dei decreti esplicativi;

- L'applicazione del decreto in oggetto, anche se espressamente previsto senza ulteriori oneri per la finanza pubblica, in realtà comporta ineludibilmente nuovi costi di adeguamento organizzativo ed operativo non trascurabili, soprattutto in una fase, come quella attuale, di consistente contrazione delle risorse per i servizi sanitari regionali.

Da ultimo la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome nel documento sulla Legge di stabilità 2013 del 22 novembre 2012 aveva chiesto, parzialmente ascoltata dal Governo in sede di approvazione della suddetta legge, di prevedere una graduale applicazione del d. lgs. 118/2011, proprio al fine di non bloccare l'ammodernamento infrastrutturale che, però, rimane a tutt'oggi ancora senza fonti di finanziamento, nonostante l'impegno del Governo di far fronte ai indispensabili investimenti anche in tema di normativa sulla sismica e antincendio.

Roma, 24 luglio 2013

FINANZIAMENTI SSN 2006 - 2014									
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
FINANZIAMENTI	93.173	97.551	101.427	104.468	105.566	106.905	107.961	107.009 (- 1 mld rispetto al 2012)	107.901
VARIAZIONI % ANNUE		4,7%	4,0%	3,0%	1,1%	1,3%	1,0%	-0,9%	0,8%

TAGLI IN SANITA' CONSEGUENTI ALLE MANOVRE FINANZIARIE PER GLI ANNI 2011-2015

	2011	2012	2013	2014	2015	TOTALE TAGLI 2011-2015
Art. 9 comma 16 L.122/2010 (Riduzione livelli finanziamento SSN- BLOCCO DEI CONTRATTI E DELLE CONVENZIONI)	€ 418.000.000	€ 1.132.000.000	€ 1.132.000.000	€ 1.132.000.000	€ 1.132.000.000	€ 4.946.000.000
Art. 11 comma 12 - L. 122/2010 (ECONOMIE DI SPESA - FARMACEUTICA)	€ 600.000.000	€ 600.000.000	€ 600.000.000	€ 600.000.000	€ 600.000.000	€ 3.000.000.000
Art. 17 comma 5 lett. B)- L. 111/2011 VISITE FISCALI			€ 70.000.000	€ 70.000.000	€ 70.000.000	€ 210.000.000
Art. 17 comma 6 - L. 111/2011 (REINTRODUZIONE TICKET SPECIALISTICA AMBULATORIALE)	€ 381.500.000	€ 834.000.000	€ 834.000.000	€ 834.000.000	€ 834.000.000	€ 3.717.500.000
Art. 17 - L. 111/2011 (MISURE DI CONTENIMENTO DELLA SPESA)			€ 2.500.000.000	€ 5.450.000.000		€ 7.950.000.000
Patto per la salute 2010-2012- art. 2 comma 67 L.191/2009 - risorse necessarie per coprire LA VACANZA CONTRATTUALE	€ 466.000.000	€ 466.000.000	€ 466.000.000	€ 466.000.000	€ 466.000.000	€ 2.330.000.000
Art. 15 comma 22 - Legge 135/2012 – SPENDING REVIEW - disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica ad invarianza dei servizi dei cittadini		€ 900.000.000	€ 1.800.000.000	€ 2.000.000.000	€ 2.100.000.000	€ 6.800.000.000
Art. 1 comma 132 – Legge 228/12 - Legge si stabilità - RIDUZIONE DEL FABBISOGNO DEL SSN E DEL CORRELATO FINANZIAMENTO			€ 600.000.000	€ 1.000.000.000	€ 1.000.000.000	€ 2.600.000.000
TOTALE TAGLI	€ 1.865.500.000	€ 3.932.000.000	€ 8.002.000.000	€ 11.552.000.000	€ 6.202.000.000	€ 31.553.500.000