

SENATO

12° Commissione (Igiene e sanità)

9 marzo 2011

IN SEDE CONSULTIVA

Schema di decreto legislativo recante disposizioni in materia di autonomia di entrata delle regioni a statuto ordinario e delle province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario (n. 317)

(Osservazioni alla Commissione per l'attuazione del federalismo fiscale. Seguito e conclusione dell'esame. **Osservazioni favorevoli con rilievi**)

OSSERVAZIONI APPROVATE DALLA COMMISSIONE SULL'ATTO DEL GOVERNO N. 317

La Commissione, esaminato lo schema di decreto legislativo in titolo, esprime, per quanto di competenza, osservazioni favorevoli con i seguenti rilievi:

1) agli articoli 20 e 21, va precisato che la determinazione della quota di fabbisogno sanitario *standard* finanziabile, che deve essere in coerenza con il quadro macroeconomico complessivo e nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica e degli obblighi assunti in sede comunitaria, deve tener conto delle necessità indispensabili ad assicurare i livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza e di appropriatezza e sulla base dei costi *standard*. E' opportuno infatti chiarire che il fabbisogno finanziario *standard* di cui all'articolo 20 costituisce l'ammontare delle risorse necessarie a garantire i livelli essenziali di assistenza. Qualora il rispetto dei vincoli di finanza pubblica imponga una rideterminazione delle risorse necessarie, occorre che, con le procedure previste per il Patto per la salute, si adottino i provvedimenti organizzativi e finanziari che ridefiniscano l'equilibrio tra risorse disponibili e tutela dei livelli di assistenza.

2) La Commissione suggerisce che la determinazione del fabbisogno finanziabile avvenga su base triennale, tramite Intesa, e coerentemente con l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, oggi ancora bloccati e fermi al 2001, per consentire alle regioni una programmazione almeno triennale nella allocazione delle risorse.

3) E' opportuno rimuovere gli ostacoli normativi che hanno finora impedito l'uso incrociato degli archivi informativi, per la valutazione dei percorsi di cura, a fini di tutela della sanità pubblica. Si propone che, nell'ambito dei flussi informativi del Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS), sia attribuito ad ogni cittadino utente, con modalità tecniche rispettose della riservatezza, un codice univoco identificativo, che permetta di monitorare la qualità dei percorsi di cura, al fine di valutare i livelli di appropriatezza lungo l'intera sequenza di contatti con la rete di offerta sanitaria (ospedaliera, diagnostica o specialistica territoriale, farmaceutica). Ciò è la premessa per la creazione, anche in Italia, di uno strumento integrato a livello nazionale e regionale, per il monitoraggio e la valutazione della qualità e dei

percorsi di cura. E' una necessità urgente e non più rinviabile, ad effettiva garanzia dell'eguaglianza dei cittadini di fronte ai bisogni di salute.

4) Al comma 3 dell'articolo 22 occorre prevedere che i parametri fissati in percentuale tra i diversi comparti della spesa sanitaria, ed aventi addirittura valore di legge, possano essere soggetti a revisione, ogni tre anni, nella sede della Conferenza Stato-Regioni, tramite Intesa. In alternativa, una delegificazione della materia appare, a questo fine, opportuna, anche tenendo conto che la spesa tra i diversi comparti costituisce un sistema di vasi comunicanti: al di là delle differenze di contabilizzazione dei diversi segmenti di spesa tra le diverse regioni, dove si ha un basso costo medio *pro capite* nella spesa ospedaliera, spesso si registra un costo più alto nella spesa territoriale o viceversa. Si segnala quindi che, analizzando separatamente i costi, si potrebbe verificare che la somma dei tre comparti possa essere anche inferiore al costo *standard* globale della regione più virtuosa, con evidente sottostima del fabbisogno.

5) Occorre valutare la procedura di scelta delle regioni *benchmark*, così come prevista dal comma 5 dell'articolo 22 dello schema di decreto. Si valuti la possibilità di prevedere, più semplicemente, che siano regioni di riferimento le prime cinque regioni che risultano aver garantito l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di equilibrio economico, o che ad esso maggiormente si sono avvicinate, e garantendo qualità, appropriatezza ed efficienza ai servizi erogati. E' infine opportuno introdurre il principio che l'indicazione di tali regioni deve essere omogeneamente rappresentativa delle ripartizioni territoriali nazionali e delle dimensioni demografiche delle regioni.

6) Nella determinazione della media *pro capite* pesata, di cui al comma 6 dell'articolo 22, nella definizione, cioè, dei criteri di riparto delle risorse disponibili tra le diverse regioni, occorre che il Parlamento espliciti i criteri in base ai quali la pesatura e quindi il riparto vengono effettuati, come avviene in tutte le democrazie e in tutti gli Stati federali del mondo. La Commissione propone che i criteri siano legati soltanto agli indicatori di maggior bisogno quali risultano, senza equivoci, nell'esperienza internazionale. Il fattore principale è, senza eccezioni, il peso, tra le classi di età, della popolazione anziana. Appare peraltro necessario che, ai fini della completa attuazione delle diverse disposizioni contenute nell'articolo 119 della Costituzione, si tenga conto anche dell'indicatore di deprivazione culturale e socioeconomica. La ponderazione dei vari fattori sarà determinata in sede di Intesa Stato-Regioni.

7) all'articolo 22, comma 7, si ritiene opportuno prevedere che le regioni in equilibrio economico siano individuate sulla base dei risultati relativi al triennio terminante con l'esercizio precedente a quello di riferimento e che le pesature siano effettuate tenendo conto dei criteri di cui al comma 8, dell'articolo 22, secondo quanto indicato al punto precedente.

8) Al comma 10 dello stesso articolo 22, occorre chiarire se il termine finale della fase transitoria sia posto al 31 dicembre 2018 in conformità con il termine finale generale (concernente anche altri settori di spesa) di cui al comma 5 dell'articolo 11; si osserva infatti che, per il settore sanitario, la formulazione letterale del comma 10 dell'articolo 22 si limita a far riferimento ad un periodo di "cinque anni" (senza specificare se quest'ultimo decorra dal 2013 o dall'anno successivo).

9) Le regole di finanziamento previste dal presente schema di decreto riguardano naturalmente la spesa di parte corrente. La Commissione ritiene tuttavia che sia utile un bilancio, attuale e con cadenza triennale, da parte del Governo, anche delle politiche di

investimento, in tecnologie e strutture, aprendo con le Regioni una riflessione di prospettiva nella rideterminazione degli obiettivi, delle procedure, delle risorse necessarie all'ammodernamento del sistema, da riferire in Parlamento.

10) Nei cinque anni previsti per il processo di convergenza è necessario che siano annualmente monitorati e verificati il raggiungimento dei LEA, le pesature per popolazione, gli indicatori di tipo socioeconomico e i risultati dei piani di rientro. Su questi temi si chiede che il Governo riferisca annualmente al Parlamento.