



Commento allo schema di Decreto Legislativo sul federalismo sanitario

Il Governo ha presentato il 7 ottobre 2010 lo schema di Decreto Legislativo "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" ([vedi link](#)), in attuazione della Legge 42 del 2009.

Sul provvedimento, che tratta contemporaneamente la disciplina relativa alle entrate fiscali e quella sui costi e sui fabbisogni standard per la Sanità, la CGIL ha già espresso una prima valutazione politica con il [Comunicato CGIL sul Federalismo 7 ottobre 2010](#).

Il provvedimento si aggiunge ad un altro Decreto Legislativo, già all'esame della Camera, sulla "determinazione dei fabbisogni standard di comuni, città metropolitane e province", sul quale vanno segnalati gli impegni assunti dal Governo nell'Intesa Stato Conferenza Unificata del 29 luglio scorso (su richiesta della Conferenza delle Regioni, di Anci e di Uncem, in particolare sulla mancata definizione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni di Assistenza Sociale).

Qui si commenta solo la parte relativa alla Sanità.

Finanziamento nazionale e riparto tra le regioni

Il finanziamento sanitario diventa "fabbisogno sanitario nazionale standard" (articolo 22). Per gli anni 2011 e 2012 corrisponde al livello già definito dalla vigente normativa (articolo 2 comma 2 e articolo 21 comma 2).

Dall'anno 2013:

il fabbisogno sanitario nazionale resta determinato in coerenza con il quadro macroeconomico complessivo e nel rispetto dei vincoli di finanzia pubblica. Sono gradualmente superati gli attuali criteri di riparto (articoli 20 e 21).

Il fabbisogno standard nazionale verrà ripartito alle singole regioni (fabbisogno standard regionale), usando come "standard" il valore di costo (spesa procapite) di tre regioni giudicate le migliori (benchmark). (articolo 22).

Il decreto conferma, giustamente, che la decisione di quante risorse debbano essere destinate a garantire il diritto alla salute e alle cure è stabilita in sede nazionale. E' infatti una decisione politica, che rivela quale modello di coesione sociale si vuole in un paese.

Per il momento sembra evitato il rischio di imporre improbabili (e strumentali) costi standard per la sanità, dove le variabili produttive sono influenzate da moltissimi fattori (in primo luogo la variabilità dei bisogni) e dove efficienza, efficacia e risultato (appropriatezza) non sono separabili.

Preferibile, anche se non priva di rischi, la scelta che fa il DLgs di utilizzare un benchmark tra regioni, scegliendo come standard quelle giudicate "migliori".

Sarebbe opportuno anche stabilire un finanziamento pluriennale (almeno un triennio) come previsto negli ultimi Patti per la Salute; per garantire certezza e stabilità alla programmazione di un settore così delicato come quello sanitario

<p>Le tre regioni migliori saranno individuate (scelte su una rosa di cinque proposta dal Governo) con Intesa Stato Regioni. Oltre all'equilibrio di bilancio* e al rispetto degli adempimenti previsti dalle norme vigenti, saranno scelte in base a criteri di qualità, appropriatezza ed efficienza, definiti con apposito DPCM, usando anche gli indicatori del Patto per la Salute - Intesa 3.12.2009 (articolo 22 comma 5)</p> <p>*Il risultato di bilancio preso a riferimento è quello di due anni prima (es. nel 2013 si guarda al risultato dell'anno 2011). Per valutare l'equilibrio economico delle regioni benchmark sono comprese le entrate proprie regionali effettive.</p>	<p><i>Questo è certamente un passo in avanti rispetto alla prima bozza di Decreto Legislativo, che usava il solo equilibrio di bilancio come criterio di virtuosità, con un'impostazione tutta ragionieristica, sbagliata per la sanità.</i></p> <p><i>Suscita però perplessità la decisione di utilizzare gli indicatori già individuati con l'ultimo Patto per la Salute (Intesa Stato Regioni 3.12.2009), per costruire il DPCM sui criteri di qualità, efficienza e di appropriatezza con cui scegliere le regioni migliori. Si tratta di indicatori parziali, limitati all'aspetto quantitativo dei LEA, mentre per la qualità si riferiscono solo all'assistenza ospedaliera.</i></p> <p><i>Bisogna insistere affinché il benchmark tra regioni misuri davvero la "virtuosità", e non solo nelle performances ma anche negli esiti delle attività dei servizi sanitari.</i></p>
<p>Il fabbisogno standard di ciascuna regione sarà poi calcolato ("pesato") anche in base all'età della popolazione regionale, come accade già oggi con la "quota pro capite pesata". (articolo 22 commi 6 e 7).</p>	<p><i>Questa scelta di "pesare" la spesa è condivisibile perché l'età della popolazione influenza notevolmente i consumi sanitari.</i></p> <p><i>Ma non basta, occorre considerare anche l'indice di deprivazione (di reddito, istruzione, contesto sociale, ecc.).</i></p>
<p>Il calcolo di costi e fabbisogni standard regionali (articolo 22)</p>	
<p>Le tre regioni "migliori" diventano riferimento per definire il fabbisogno standard di ciascuna altra regione. La spesa media procapite delle tre regioni, viene suddivisa per ciascun macro LEA (ospedaliera, distrettuale, collettiva), diventa quella standard.</p> <p>Tale spesa viene poi ricalcolata, pesandola in base all'età della popolazione di ogni regione (usando i pesi decisi due anni prima: es. nel 2013 valgono le pesature del 2011).</p> <p>La spesa così risultante per ciascuna regione viene calcolata in percentuale sulla spesa complessiva nazionale. Si stabilisce così il valore percentuale del fabbisogno regionale, che diventa il fabbisogno standard regionale. In pratica è la percentuale di accesso di ogni regione al riparto del fabbisogno nazionale (un po' come accade oggi).</p>	<p><i>Non convince la procedura tecnica individuata. La suddivisione della spesa in % rigida per macro LEA è contraddittoria: dalle prime simulazioni, emerge il rischio di spostare così risorse dall'assistenza distrettuale a quella ospedaliera. La variabilità delle condizioni regionali suggerisce flessibilità per adattare la programmazione.</i></p> <p><i>Bene la pesatura per età, manca però la "deprivazione".</i></p> <p><i>Ma soprattutto le simulazioni sugli effetti del meccanismo sono molto incerte. E' certo invece che variazioni importanti rispetto all'attuale riparto causerebbero la rivolta delle regioni penalizzate. E' più utile costruire percorsi di convergenza fattibili per raggiungere gli standard "migliori".</i></p> <p><i>Probabilmente alla fine l'unica soluzione praticabile sarà il tradizionale "accordo" tra regioni, e poi con il Governo, sul riparto del finanziamento nazionale. Peraltro l'articolo 23 permette questa "via d'uscita", prevedendo Intesa Stato Regioni per modificare i criteri di riparto del Decreto.</i></p>

<p>Il livello di spesa delle regioni benchmark comprende la spesa per mobilità passiva e non considera le entrate per mobilità attiva. La spesa è depurata: dalle maggiori entrate proprie rispetto a quelle previste nel riparto del finanziamento nazionale, dalla spesa per i Lea aggiuntivi, dalle quote di ammortamento</p>	
<p>Livelli Essenziali (articolo 9)</p>	
<p>Il decreto conferma (articolo 9) che la legge statale disciplina la determinazione dei Livelli Essenziali di Assistenza LEA e dei Livelli Essenziali delle Prestazioni LEP. Una volta fissati LEA e LEP sono determinati con successivo Decreto legislativo i fabbisogni standard.</p> <p>Fino a nuova determinazione legislativa si considerano i LEA e i LEP già fissati in base alla legislazione statale.</p>	<p><i>Così per i Lea sanitari vige la legge statale n. 289/2002 che ha assunto il DPCM 29.11.2001 di definizione dei Lea.</i></p> <p><i>Il problema è la mancata emanazione del DPCM di revisione dei LEA sanitari, che il Governo tiene ormai bloccato da due anni.</i></p> <p><i>Mentre è assolutamente negativo non siano ancora stati definiti i LEP per l'Assistenza Sociale. Non farlo significa negare l'uniformità dei diritti esigibili in tutto il Paese e, oltretutto, sovraccaricare la stessa sanità (si pensi alla non autosufficienza).</i></p> <p><i>Per questo condividiamo la richiesta della Conferenza delle Regioni e di Anci (vedi allegati all'Intesa della Conferenza Unificata 29.7.2010) di definire anche questi Livelli Essenziali.</i></p>

Infine, continuiamo ad insistere per rivedere l'ultima manovra finanziaria che ha tagliato le risorse destinate al socio sanitario e in generale a Regioni e ad Enti Locali (direttamente e con il patto di stabilità). Così il federalismo nasce zoppo. Si stressano i servizi e si ostacola la loro riorganizzazione, soprattutto nelle regioni più deboli già impegnate nel risanamento dei bilanci, dove bisogna mettere sotto controllo la spesa impropria, non tagliare i finanziamenti.

Il federalismo ha un senso se produce responsabilità diffusa e se traccia "percorsi di convergenza" tra le regioni "migliori" e quelle in difficoltà, sostenendo la loro riqualificazione, non se aggrava il divario tra le aree del nostro paese.

Stefano Cecconi

Responsabile Politiche per la Salute CGIL nazionale

Roma, 12 ottobre 2010