



CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME
12/173/CR8/C7

**DOCUMENTO PER LA COMMISSIONE PARLAMENTARE DI INCHIESTA
SUGLI ERRORI IN CAMPO SANITARIO E SULLE CAUSE DEI
DISAVANZI SANITARI REGIONALI**

La Conferenza delle Regioni e delle Province autonome con riferimento alla richiesta di audizione del Presidente della *Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali*, ha approvato il seguente documento che affronta temi rilevanti del settore sanitario, quali il nuovo Patto per la Salute e la ripartizione del Fondo Sanitario Nazionale.

Patto per la Salute

Il Patto per la Salute nasce come un “accordo” tra Stato e Regioni relativo alla programmazione e alla conseguente definizione del fabbisogno finanziario 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 rendere efficace ed efficiente il sistema, razionalizzando la spesa.

Le ultime manovre finanziarie hanno agito pesantemente sul fabbisogno finanziario del sistema sanitario, vanificando quanto stabilito dal Patto per la Salute (2010-2012) nonché generando indiscutibili effetti negativi sull’erogazione dei Livelli essenziali di assistenza che le Regioni devono comunque garantire, e rinviando “sine die” l’introduzione dei nuovi LEA.

La contrazione delle risorse così definite pone come primo problema da affrontare nella discussione per il nuovo Patto per la Salute, quello **dell’entità del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale 2013-2015**.

Il prossimo Patto per la Salute, infatti, non dovrà rappresentare l’occasione per condividere tra Regioni e PP.AA. la responsabilità dei tagli già decisi, ma dovrà avere come obiettivo prioritario il promuovere l’assunzione di responsabilità fra 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, assicurando i livelli essenziali di assistenza (LEA) in modo appropriato e uniforme su tutto il territorio nazionale.

Si dovrà, quindi, prevedere un finanziamento adeguato 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.

Inoltre, per le Regioni non è più rinviabile il tema del **finanziamento degli investimenti per l'ammmodernamento strutturale e tecnologico**, individuando nel nuovo Patto 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.

Dopo gli incontri, che si sono svolti tra la fine del 2011 e l'inizio del 2012, con il Ministro della Salute di una delegazione individuata dalla Conferenza delle Regioni e PP.AA. composta da Veneto, Umbria, Lombardia, Emilia Romagna, Toscana, Lazio, Puglia e Sicilia, a seguito dei ripetuti tagli al finanziamento del FSN già a partire dal 2012, non si è ravvisata la necessità, da entrambe le parti, di proseguire su questa strada del dialogo.

Infatti, è opinione condivisa tra le Regioni e PP.AA. che, senza un cambiamento di scenario da un punto di vista delle risorse finanziarie, sia molto difficile poter siglare un nuovo Patto, che è un accordo per cui le Regioni, cedendo sovranità, (verifiche al tavolo di monitoraggio e verifica sui LEA e al tavolo di verifica degli adempimenti) ottenevano in cambio risorse certe per il sistema.

Di fatto, rispetto al vigente Patto per la Salute, che in alcuni punti deve essere ancora attuato, chi non ha rispettato gli accordi è stato il Governo, che ha realizzato una riduzione delle risorse che si configura come una violazione unilaterale del Patto senza voler accettare un confronto nel merito con le Regioni, le quali, a loro volta, hanno rispettato gli impegni assunti, come dimostrano i vari tavoli di verifiche.

Riparto del FSN

Solo a fine anno **nella Conferenza Stato-Regioni del 22 novembre u.s. è stata espressa l'intesa sul riparto del FSN riferito all'anno 2012**, che era iniziato con uno "storico" accordo raggiunto tra Regioni e PP.AA. in meno di mezza giornata:

- Conferenza delle Regioni e delle PP.AA. del 29 febbraio 2012: concordata tabella sul fabbisogno;

- riparto risorse 2012 da presentare al Ministro Balduzzi: si è partiti dal fabbisogno finale del riparto risorse SSN 2011, compreso il lapis e i 105 mln (ultima colonna tabella A – intesa CSR 21-12-2011), aggiustando la quota d’accesso in base ai dati ISTAT sulla popolazione aggiornati al 1° gennaio 2011, con la richiesta al Ministro Balduzzi di erogare 40 mln di € (da coprire con i fondi finalizzati in capo al Ministero) di cui:

- 30 mln di € da distribuire proporzionalmente alle Regioni che risultano al di sotto della proposta Fazio di novembre 2011;

- 10 mln di € per sanare parte del contributo di solidarietà per la Regione Abruzzo (30 mln da suddividere in due tranches uguali una a valere sul 2012 e una sul 2013) come da verbale della Conferenza del 7 luglio 2011; i restanti 5 mln di € vengono ridistribuiti a carico delle Regioni.

- Il 1° marzo si è svolto un incontro tra la delegazione della Conferenza e il Ministro Balduzzi a cui è stata presentata la proposta di riparto ed in tale sede è stato raggiunto l’accordo sulle risorse richieste di cui sopra.
- Con nota del 9 maggio 2012 la Segreteria della Conferenza Stato–Regioni ha trasmesso:
 - la proposta di delibera CIPE relativa al riparto delle risorse del SSN 2012;
 - la proposta di delibera CIPE relativa alle risorse vincolate;
 - l’accordo sulle linee guida (l’accordo sblocca il 70% delle risorse vincolate. La restante quota è subordinata all’approvazione in CSR dei progetti regionali (art. 1 comma 34 bis della legge 662/1996);

I 40 mln di € chiesti dalle Regioni al Ministro della Salute dopo la Conferenza del 29 febbraio 2012 sono stati “recuperati”: 30 mln di € dalla veterinaria (finalizzate) e 10 mln di € dagli obiettivi di piano;

- In sede di Conferenza Stato-Regioni del 10 maggio 2012 le Regioni hanno proposto, come fuori sacco, i 3 provvedimenti ed hanno consegnato un documento approvato dalle Regioni relativo al protocollo di intesa tra la Regione Sicilia e la Regione Emilia Romagna per la valorizzazione dell’assistenza e della ricerca sanitaria nella Regione siciliana.

In questa sede il MEF non ha accettato la trattazione dei punti, sebbene il Ministro della Salute avesse precisato che il lavoro era già stato ampiamente concertato e condiviso con le Regioni.

- Conferenza Stato-Regioni del 22 maggio 2012. I punti in questione non sono stati trattati poiché il Capo di Gabinetto del Ministero dell’Economia e delle Finanze nella medesima giornata ha trasmesso una nota di richiesta di rinvio dei punti per completare gli approfondimenti istruttori interni. In sede di Conferenza Stato–Regioni si è pertanto registrata l’assenza del rappresentante del Ministero dell’Economia e delle Finanze.

- Conferenza Stato-Regioni del 6 giugno 2012: In sede di Conferenza Stato-Regioni, poiché non è stato inserito nuovamente il riparto SSN 2012 all'odg, nonostante reiterate richieste, i Presidenti, dopo essersi espressi unicamente solo sul provvedimento legato alla gestione degli eventi legati al sisma dell'Emilia, hanno abbandonato la seduta.
- la legge 135/2012 – spending review, all' art. 15 comma 22, ha previsto per il 2012 un taglio ulteriore di 900 mln da recepire, in sede di Conferenza Stato-Regioni entro il 30 settembre 2012;
- Conferenza delle Regioni e delle PP.AA. del 26 settembre 2012: Con riferimento alle modalità e ai criteri di riparto della riduzione delle disponibilità finanziarie per il Servizio Sanitario Nazionale per l'anno 2012, pari a 900 mln, le Regioni hanno chiesto in sede di Conferenza Stato–Regioni, che tale riduzione sia ripartita tra i vari soggetti istituzionali come segue:
 - a carico delle Regioni, 500 milioni di € sulle disponibilità finanziarie relative alla quota indistinta e sulle risorse per gli obiettivi di piano sanitario nazionale;
 - a carico del Ministero della Salute, 400 milioni di € sulle risorse finalizzate e vincolate per altri enti. Tale proposta di ripartizione era stata inviata il giorno stesso dal Presidente Errani ed indirizzata ai Ministri Balduzzi, Grilli e Gnudi.
- Tale proposta non è stata presa in considerazione e con nota del 29 ottobre 2012 la Segreteria della Conferenza Stato – Regioni ha trasmesso i nuovi provvedimenti recanti la riduzione di 900 milioni di euro relativi alla proposta di delibera CIPE sul riparto delle risorse del SSN 2012, alla proposta di delibera CIPE sulle risorse vincolate e all'accordo sulle linee guida (l'accordo sblocca il 70% delle risorse vincolate, la restante quota è subordinata all'approvazione in CSR dei progetti regionali – art. 1 comma 34 bis della legge 662/1996).

Effetti dei recenti provvedimenti di contenimento della spesa sanitaria

Si segnala che il ddl di stabilità 2013-2015 con la previsione di riduzione delle disponibilità finanziarie del FSN pari a 1 miliardo e 600 milioni di € per il biennio 2013-2014 (600 milioni per il 2013 e 1 miliardo di € nel 2014, cifra tra l'altro già confermata nella relazione illustrativa anche per il 2015) aggrava ancora di più la possibilità di garantire la sostenibilità dell'intero SSN, dopo i pesanti interventi normativi dell'agosto 2011 e del luglio 2012 sul FSN portando per la prima volta il finanziamento dell'anno 2013 al di sotto dell'anno 2012 in valore assoluto di circa 1 miliardo.

Si riporta dal **documento di parere al DDL stabilità della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome in sede di Conferenza Unificata del 25 ottobre 2012** una sintesi dei tagli subiti dal fondo con le recenti manovre.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2012 - 2015
Patto Salute 2010 - 2012-legge 191/2009 risorse vacanza contrattuale			466	466	466	466	1.864
Legge 122/2010 - art.9 Riduzione livello SSN			1.132	1.132	1.132	1.132	4.528
Legge 122/2010 - art.11 farmaceutica			600	600	600	600	2.400
legge 111/2011 reintroduzione ticket			834	834	834	834	3.336
legge 111/2011 - Misure contenimento della spesa				2.500	5.450	5.450	13.400
legge 111/2011 - Accertamenti medico legali				70	70	70	70
DL 95/2012			900	1.800	2.000	2.100	6.800
TOTALE TAGLI PRECEDENTI MANOVRE			3.932	7.402	10.552	10.652	32.538
HP tagli DL legge di stabilità 2013				600	1.000	1000	2.600
livello finanziamento dopo manovre	105.565,80	106.905,30	107.880	106.824	107.716		
variazione % annua rispetto anno precedente		1,27	0,91	- 0,98	0,84		
TOTALE TAGLI COMPRESA LEGGE DI STABILITA' 2013				8.002	11.552	11.652	
escluso manovre a carico cittadini DL Salva Italia							

I tagli del Governo Monti, che si sommano a quelli del Governo Berlusconi, ai quali si aggiunge la necessità di reperire altri 2 mld di € derivanti dalla ulteriore imposizione di ticket sulla specialistica, dal 2014 rischiano di portare di fatto al collasso l'intero sistema sanitario nazionale, paventando l'impossibilità a garantire tutte le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie che oggi sono erogate sul territorio nazionale.

Gran parte della manovra della cosiddetta "spending review" in sanità è basata sulla riduzione dei contratti per la fornitura per beni e servizi in quanto, secondo le indagini condotte dal Commissario straordinario per la razionalizzazione della spesa Enrico Bondi e dall'Autorità per la Vigilanza sui Contratti Pubblici di Lavori, i Servizi e le Forniture (AVCP) possono mediamente venire ridotti nei costi su scala nazionale del 20%.

In merito si segnalano due aspetti:

- la difficoltà di applicazione della normativa, per il calcolo della riduzione, sia in termini economici che quantitativi, e per la previsione di invarianza di servizi (ridotti), oltre al fatto che è scritta in modo generico ed in alcuni punti è poco chiara.
- la relativa veridicità e precisione dei dati, sia per come sono stati costruiti, senza tener conto della specificità della sanità, che per la relativa validità dei prezzi di riferimento indicati dall'AVCP.

Lavori in sede di tavolo di monitoraggio e verifica sui LEA e di tavolo di verifica degli adempimenti

La tabella sottoesposta mostra nel dettaglio le Regioni che hanno mantenuto fede agli adempimenti nell'erogazione dei LEA relativamente all'anno 2010. Sono escluse dalla valutazione le Regioni a statuto speciale e le Province autonome.

Dal quadro emerge che alcune Regioni, nonostante le difficoltà legate al piano di rientro, come il Piemonte, hanno compiutamente erogato i LEA. L'Abruzzo e la Liguria

hanno inoltre superato, sia pure con qualche problema particolare, la valutazione al tavolo adempimenti LEA. Rimangono ancora criticità e problemi, naturalmente diversi a seconda dei contesti regionali considerati, in alcune Regioni del sud del paese ed in piano di rientro.

Valutazione	Regione	Impegni 2011
Adempiente	Emilia R. Umbria Toscana Marche Veneto Piemonte Lombardia Basilicata	
Adempiente con impegno su alcuni indicatori	Liguria	<ul style="list-style-type: none"> • Incremento delle attività riferite al primo livello di assistenza (es. programmi di screening) • Riduzione del tasso di ospedalizzazione
	Abruzzo	Rinvio al Piano di Rientro per gli obiettivi relativi alle cure palliative ed all'assistenza domiciliare e residenziale
Critica	Molise	Rinvio al Piano di Rientro
	Lazio	Rinvio al Piano di Rientro
	Sicilia	Rinvio al Piano di Rientro
	Calabria	Rinvio al Piano di Rientro
	Campania	Rinvio al Piano di Rientro
	Puglia	Rinvio al Piano di Rientro

Monitoraggio della spesa sanitaria

Per quanto riguarda il monitoraggio e l'andamento della spesa sanitaria, si ricorda come la Corte dei Conti, per l'anno 2011, abbia precisato che il comparto sanità è stato l'unico, all'interno della pubblica amministrazione, a far registrare dei miglioramenti, poiché presenta "alcuni aspetti positivi e di miglioramento rispetto agli esercizi precedenti".

Questo dato dimostra come la gestione della sanità a livello territoriale da parte delle Regioni e PP.AA. sia un sistema che deve essere difeso, perché, ancora oggi in Italia, il Servizio Sanitario Nazionale continua ad offrire prestazioni di qualità ai cittadini, con un impegno di risorse inferiori, in termini di P.I.L., che in altri paesi d'Europa.

Gestioni commissariali

In merito ai piani di rientro le Regioni hanno già individuato alcuni aspetti che devono essere modificati e migliorati come di seguito riportato:

- l'attuale modalità di erogazione dei finanziamenti alle Regioni condiziona le politiche di riequilibrio economico e finanziario e l'organizzazione dell'offerta sanitaria delle regioni e necessità ormai di una rivisitazione delle procedure;
- è opportuno legare le procedure di verifica degli obiettivi delle Regioni in piano di rientro, oltre che all'aspetto economico, 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, che ora sembra essere parzialmente superato con l'esame del decreto sanità, 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, attraverso la previsione di una quota percentuale di personale dirigenziale e di comparto, desumendola da una quota percentuale del personale cessato nell'anno precedente.

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.

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 eventuali manovre finanziarie regionali da adottare, stante la vicinanza della scadenza per la quarta rendicontazione trimestrale 2012 (15 febbraio 2013).

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 del 22 novembre 2012** - illustrato in sede di audizione con i gruppi parlamentari al Senato - **ha chiesto nel merito di prevedere una graduale applicazione del provvedimento**, proprio al fine di non bloccare l'ammodernamento infrastrutturale.

Roma, 06 dicembre 2012