

Il Ministero della Salute propone le 5 Regioni “standard” per il SSN. Un primo commento

Il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, ha trasmesso alla Conferenza delle Regioni il documento che indica le cinque “migliori” regioni nel Servizio Sanitario Nazionale (Umbria, Emilia-Romagna, Marche, Lombardia e Veneto). Tra queste saranno scelte le tre "benchmark" per fissare fabbisogno e costi standard in sanità. Il documento illustra come si è arrivati ad individuare le cinque regioni standard (vedi allegato).

Si apre ora il confronto tra Governo e Conferenza delle Regioni.

Il documento del Ministero, interpretando le norme vigenti (in primo luogo il D.Lgs 68/2011 articolo 27 sul federalismo in sanità), utilizza una serie di indicatori - sul bilancio economico finanziario e sui Livelli Essenziali di Assistenza - per assegnare un punteggio (tramite l'I.Q.E.: Indicatore per la Qualità e l'Efficienza) alle Regioni, elaborando così una *classifica* che tenta di tenere insieme conti economici e quantità/qualità dell'assistenza offerta ai cittadini.

Nessuna delle regioni indicate è del Sud, nonostante il D.Lgs 68/2011 preveda di “*garantire una rappresentatività in termini di appartenenza geografica al Nord, al Centro e al Sud ...*” (art. 27 comma 5).

Come avevamo già segnalato in altre occasioni, la valutazione sul bilancio economico è preponderante, mentre quella sui LEA risente ancora di una visione “ospedalocentrica” dell'assistenza sanitaria (nella valutazione prevalgono gli indicatori sull'assistenza ospedaliera, mentre gli indicatori sulla prevenzione e sull'assistenza distrettuale sono ancora poco definiti).

Ma soprattutto, ora è importante utilizzare bene il benchmark^[1]: non tanto per fissare improbabili “costi standard” da cui far discendere il fabbisogno di finanziamento di ogni singola regione. I criteri di riparto del finanziamento sanitario alle singole regioni devono continuare ad essere rapportati al quadro epidemiologico e demografico e, semmai, pesare più di quanto è avvenuto sin qui la situazione sociale (disoccupazione, povertà , ecc). Anche perché l'uso strumentale dei costi standard serve solo a “giustificare” i tagli alla sanità, il cui finanziamento è invece largamente insufficiente ad assicurare i LEA.

Il benchmark^[2] deve essere utilizzato come strumento e occasione per favorire i processi di convergenza delle regioni più in difficoltà verso quelle di “riferimento” e si devono perfezionare gli indicatori di valutazione utilizzati (più peso alla prevenzione e all'assistenza distrettuale, e indicatori anche di esito non solo di performance).

Per questo insistiamo: la valutazione sulla qualità dell'assistenza sanitaria offerta ai cittadini deve pesare quanto quella relativa ai bilanci, superando logiche ragionieristiche nella gestione del SSN e basando le scelte di riorganizzazione e di utilizzo delle risorse sull'appropriatezza.

p. CGIL nazionale

Stefano Cecconi - Responsabile Politiche della Salute

Roma, 31 luglio 2013

^[1] Vedi anche [CGIL: Sanità e Federalismo, diritti e risorse' la documentazione](#)

^[2] Vedi anche: [CGIL: Salute fondamentale diritto](#)