



Sulla manovra economico finanziaria del Governo e sulle priorità per le Politiche della Salute

Roma, luglio 2008

Se la salute è un diritto

Il Servizio Sanitario del nostro Paese ha il compito fondamentale e delicatissimo di garantire ai cittadini il diritto alla salute. Per questo ha bisogno in primo luogo di stabilità e certezze, sui finanziamenti e sugli assetti normativi ed organizzativi.

In questi anni, abbiamo più volte ribadito che non servono ulteriori “riforme sanitarie”, quanto piuttosto applicare le leggi vigenti ed operare una buona “manutenzione”, anche per adeguare la normativa alle modifiche costituzionali intervenute.

Siamo profondamente convinti debbano essere confermati i principi fondamentali che identificano il Servizio Sanitario Nazionale come bene pubblico, che risponde in modo universale al diritto alla salute e alle cure dei cittadini, che sono alla base della Legge 833 del 1978, della quale proprio quest’anno cade il trentennale.

Un trentennale che deve giustamente evidenziare i successi della riforma sanitaria, in primo luogo il superamento delle odiose differenze fra i cittadini in base alla “mutua” di appartenenza ed i significativi miglioramenti dello stato di salute della popolazione. Ma che deve essere occasione anche per definire gli interventi adeguati per realizzare i servizi sul territorio, in primis la prevenzione,

nonché individuare gli strumenti da utilizzare al fine di garantire l’accesso ai servizi a tutti i cittadini ed in tutto il territorio nazionale (si pensi alle enormi differenze fra le regioni e alle liste di attesa).

Si apre una nuova fase

Ora ci apprestiamo ad affrontare una nuova fase, ad appena ventuno mesi dalla firma del Patto per la Salute.

Da quando Governo e Regioni hanno sottoscritto il Patto (ottobre 2006) solo una parte degli impegni che si erano concordati è stata attuata nei tempi stabiliti¹.

Fino ad oggi, si è data attuazione prevalentemente agli impegni riferiti al finanziamento triennale del Ssn e agli equilibri di bilancio, in modo particolare con i piani di rientro per le regioni gravate da pesanti disavanzi.

Poca attenzione è stata posta agli impegni previsti per favorire la riorganizzazione del sistema in funzione di una maggiore appropriatezza.

Per questo abbiamo individuato nella revisione dei **Livelli Essenziali di Assistenza** un'occasione per innovare il Ssn. E' necessario pertanto che il Governo e la Conferenza delle Regioni si adoperino per "sbloccare" il Decreto ora fermo alla Corte dei Conti e che si avvii il confronto anche con il Sindacato confederale, per la sua applicazione concreta.

Appare necessario infatti individuare strumenti "*condivisi*" di programmazione per garantire l'uniformità dell'applicazione dei Lea, valorizzando anche il profilo delle autonomie regionali come un valore aggiunto del diritto alla salute.

In questo contesto è fondamentale dare certezza e stabilità al **finanziamento**, considerando la spesa sanitaria un volano per lo sviluppo e *una forma essenziale di investimento nel capitale umano e professionale*. Perché la qualità della spesa sanitaria, contribuisce alla stessa competitività del paese. In questo senso, proprio perché si tratta di un investimento "strategico", l'efficienza e l'efficacia della spesa sanitaria, dunque la sua appropriatezza, è obiettivo irrinunciabile.

Risorse

¹ Vedi il Documento Cgil Cisl Uil "Attuare il Patto per la Salute – luglio 2007

La manovra economico finanziaria del Governo, per il prossimo triennio, coinvolge il settore della sanità in modo significativo.

Nel 2009

Per il 2009 è importante sia stato confermato il finanziamento stabilito dal Patto per la Salute. Sono stati previsti anche finanziamenti aggiuntivi per sbloccare il rinnovo degli accordi collettivi nazionali con il personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale.

Oltre a questo, per rispettare il Patto per la Salute, occorrono però alcuni stanziamenti specifici, confermando: la quota aggiuntiva di 162,8 milioni per la Sanità penitenziaria ora trasferita al Ssn, e il Fondo transitorio di 700 milioni per il sostegno ai piani di rientro delle regioni in difficoltà.

Bisogna prevedere la copertura finanziaria di 834 milioni di euro necessari per la cancellazione dei ticket da 10 euro per ogni ricetta specialistica, istituiti e poi sospesi dal precedente Governo per il 2007 e per il 2008, anche grazie alla nostra

mobilitazione. La norma, se non interviene il finanziamento a copertura, tornerà in vigore dal prossimo 1° gennaio;

Analoghi stanziamenti riguardano ovviamente anche gli anni successivi al 2009.

Dal 2010

Dal 2010 in poi, invece, si prevedono maggiori risparmi. Per 2.000 milioni di euro nel 2010 e 3.000 milioni di euro nel 2011, per un totale di 5.000 milioni nel biennio, che, per effetto delle vigenti Intese, gravano interamente sulle Regioni. In questo modo il differenziale, già considerevole, fra spesa attesa e finanziamento e quindi

l'entità delle manovre regionali per raggiungere l'equilibrio di bilancio, aumenta. Si tratta evidentemente di manovre dalle dimensioni non sopportabili, che rischiano di mettere in discussione gli stessi Lea.

Preoccupano anche le previsioni relative al Patto di stabilità interna a carico delle regioni e degli enti locali, che potrebbero avere ulteriori conseguenze negative sui servizi sociali e sanitari.

Le misure sul personale, comprese quelle sulla contrattazione integrativa, da adottarsi con Intesa Stato Regioni, rischiano di aggiungersi a quelle delle

ultime leggi finanziarie, che avevamo già duramente criticato, perché non selettive e invasive della sfera contrattuale.

Una nuova Intesa Stato Regioni

Viene prevista dal Governo, entro il 31 luglio 2008, una nuova Intesa per modificare ed integrare le Intese Stato/Regioni siglate in questi ultimi anni. La nuova Intesa mira a conseguire l'equilibrio nei bilanci sanitari regionali

preferibilmente tramite risparmi anziché con il ricorso ad imposizioni fiscali o a risorse proprie, quale condizione per poter accedere alle "integrazioni" dei finanziamenti 2010 e 2011 rispetto al 2009.

Le precedenti Intese, del 2001, del 2005 e del 2006 (Patto per la Salute) sono state tutte condizionate dalla necessità di contenere la crescita della spesa, in ragione dell'esigenza di abbattere il debito pubblico e di rispettare il patto di stabilità con l'UE.

In ogni caso tutte le Intese hanno puntato ad una maggiore responsabilità delle singole regioni, anche sul governo della spesa, in coerenza con il disposto del titolo V della Costituzione.

Infatti le regioni "più virtuose" hanno operato anche con processi di riorganizzazione, non hanno fatto ricorso solo a risorse proprie e/o alla leva fiscale e ai ticket aggiuntivi. E in molti casi non disponevano di una quota "pro capite" superiore alle regioni "meno virtuose".

Allora è certamente condivisibile immaginare che il divario non sia coperto solo facendo ricorso alla leva fiscale (che grava su cittadini e imprese) o a risorse di bilancio extrasanitarie (in alcune regioni spostate da capitoli decisivi per lo sviluppo). E che invece si agisca decisamente con economie di scala regionali. Ma è altrettanto sbagliato concentrarsi su manovre di riduzione indiscriminata dei costi, anziché intervenire selettivamente sulle cause strutturali dei disavanzi.

E poiché, senza dubbio, vi è un nesso strettissimo fra disavanzi e "disorganizzazione" dell'offerta, segnalata da diversi indicatori sullo stato dei servizi sanitari regionali, quali:

- elevati indici di inappropriatazza (vedi le relazioni ufficiali sul monitoraggio del Ssn)

- squilibrio nel profilo erogativo dei Lea (“troppo ospedale poco territorio”, poca integrazione fra sociale e sanitario)
- mancata regolazione delle strutture accreditate (spesa “svincolata” dalla programmazione pubblica)

il vero risanamento passa per una profonda riorganizzazione dei servizi sanitari delle regioni, per garantire i livelli di assistenza ai cittadini, affrontando e anticipando le grandi trasformazioni della domanda di salute e di cure, dovute alla transizione demografica ed epidemiologica.

Il vero problema infatti, di cui al momento non c'è traccia nei provvedimenti del Governo, è come garantire la "effettiva esigibilità" delle prestazioni, comprese nei LEA, a tutti i cittadini e su tutto il territorio nazionale.

Per garantire i Livelli Essenziali

Ad oltre 15 anni dall'avvio del percorso di riordino del sistema sanitario, e dopo gli innumerevoli Accordi tra lo Stato e le Regioni, ci troviamo ancora di fronte una situazione molto differenziata tra le Regioni, ed in particolare tra Nord e Sud, ed in presenza di liste di attesa oramai “insostenibili”. Si tratta, a questo punto, di rivedere le responsabilità e le funzioni ai vari livelli istituzionali, ricollocando al centro di tutto la “persona” con il suo diritto alla garanzia della tutela della salute.

Per questo, al Tavolo di verifica Stato Regioni, che oggi determina “premi e sanzioni”, oltre al doveroso controllo sulle performance economico finanziarie regionali, vanno individuati strumenti di garanzia dei lea, nel rispetto dei diritti e della partecipazione dei cittadini.

Tutto ciò presuppone che a partire dall'Intesa Stato Regioni, prevista dal Decreto entro luglio 2008, si producano impegni concreti per:

- sbloccare il Dpcm sui nuovi Lea, fermo alla corte di Conti, frutto di un lungo lavoro delle commissioni scientifiche e istituzionali e di un proficuo confronto anche con il sindacato, per fornire alla programmazione un quadro di riferimento aggiornato e qualificato
- associare ai LEA indicatori di offerta e standard qualificanti per la programmazione e per verificarne l'esigibilità, anche in sede di verifica al Tavolo istituzionale Stato/Regioni

- attribuire finalmente ai LEA un “valore economico” condiviso, attraverso l’adozione di costi standard, abbandonando, seppur con le indispensabili gradualità, il legame fra fabbisogno e spesa storica nel determinare il finanziamento per le singole regioni. Peraltro lo stesso Patto per la Salute prevedeva di individuare, per i Lea, un set di indicatori e di costi standard, utilizzando le migliori pratiche riscontrabili nel Servizio sanitario nazionale (una sorta di benchmark)
- definire adempimenti più stringenti, a carico delle regioni, capaci di misurare l’appropriatezza del profilo erogativo dei Lea, definendo un sistema equilibrato di vincoli, incentivi e sanzioni, fino al commissariamento della regione inadempiente (altrimenti il benchmark riduce i Lea a “riferimenti” invece che favorirne l’esigibilità in quanto “essenziali”).
- garantire l’integrale copertura dei costi per l’erogazione dei LEA in modo uniforme su tutto il territorio nazionale

Così, anche il federalismo che va costruendosi sarà rispettoso dei principi e degli obiettivi che la Costituzione e la Riforma Sanitaria, in modo lungimirante, hanno posto alla base del servizio sanitario nel nostro Paese, per garantire il diritto alla salute di tutti i cittadini.