



Bozza di Decreto Legislativo sul federalismo sanitario: primi appunti

- Il Governo ha presentato (il 16 settembre n.d.r.) alla Conferenza delle Regioni la bozza di decreto legislativo sui costi e i fabbisogni standard per la sanità, in attuazione della Legge delega 42/2009 sul federalismo fiscale (vedi allegato: "Schema di decreto legislativo recante disposizioni in materia di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario").
- Come noto la Legge delega 42/2009 prevede che i Livelli Essenziali, di cui all'articolo 117 comma 2 lettera m della Costituzione (in questo caso per la sanità), siano finanziati integralmente, sulla base di un fabbisogno di finanziamento standard individuato con apposito decreto.
- Si tratta di un provvedimento delicatissimo, che deve fissare le regole sul finanziamento dei servizi per garantire ai cittadini, nel rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), il diritto alla salute e alle cure sancito dalla Costituzione.
- Accanto alla valutazione di questo specifico decreto sulla Sanità ci dovrà essere quella sul Decreto relativo alle entrate (fiscali, tributarie ecc) e sul fondo perequativo per le regioni con entrate inferiori al fabbisogno standard.
- Il rischio di "rompere" l'unità del Paese, in questo caso non assicurando uniforme finanziamento per i LEA in ciascuna regione, penalizzando quelle più povere, era (e resta) alto.
- Peraltro i disservizi e i disavanzi accumulati in alcune regioni, a fronte invece della buona gestione economica e assistenziale di altre, hanno già alimentato tensioni e tentazioni di abbandonare al loro destino proprio le regioni in difficoltà. Per ora la Conferenza delle Regioni, pur tra molte difficoltà, ha "tenuto" un profilo unitario, consapevole che il crollo delle regioni più deboli finirebbe per colpire tutti. Infatti, proprio i disavanzi accumulati in alcune regioni vengono utilizzati da chi vuole usare il federalismo fiscale per ridurre i finanziamenti, ridimensionare il servizio sanitario nazionale e così compromettere l'universalità del diritto alla Salute in tutto il Paese.
- Per questo è condivisibile la bozza di Decreto laddove conferma che il fabbisogno necessario alla sanità (il cosiddetto ex fondo sanitario) si determina, con Intesa Stato Regioni, in sede nazionale (vedi bozza Decreto articolo 2: "fabbisogno sanitario nazionale standard"), in coerenza con il quadro macroeconomico complessivo. Infatti, quante risorse debbano essere destinate a garantire il diritto alla salute e alle cure è decisione tutta politica, che rivela quale modello di coesione sociale si vuole in un paese. L'importante è però che si confermi anche il finanziamento su base pluriennale (almeno un triennio) per garantire certezza e stabilità alla programmazione di un settore così delicato come quello sanitario. La scelta di far discendere i fabbisogni delle singole regioni da un fabbisogno nazionale fissato "politicamente" evita, per il momento, il rischio di imporre improbabili costi di produzione industriali standard per la sanità, dove invece 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.

- Invece il decreto non è condivisibile quando usa il solo criterio dell'equilibrio di bilancio per decidere quali regioni siano "virtuose", diventando quelle standard per definire poi il fabbisogno di finanziamento di ciascuna altra regione. Si mantiene così un'impostazione tutta ragionieristica, sbagliata per la sanità. Dove, come è noto, non basta l'equilibrio di bilancio per essere virtuosi se non si misura anche la qualità dell'assistenza garantita ai cittadini.
- In realtà il decreto dichiara (*vedi bozza decreto articolo 3 comma 4a*) che "equilibrio economico" significa erogare i LEA in condizioni di efficienza e di appropriatezza, ma poi non prevede concretamente come si applica questo principio. Così l'unico criterio di "virtuosità" resta l'equilibrio di bilancio.
- Suscita poi forti perplessità la procedura tecnica individuata (*vedi bozza decreto: articolo 3 comma 4b*) per definire i costi e i fabbisogni standard regionali; in quanto il meccanismo scelto è assai contraddittorio e anzi rischia di essere ancora più "rigido" dell'attuale modello di riparto tra le regioni del finanziamento sanitario, definendo per via centrale addirittura a quali LEA le singole regioni debbano destinare le risorse (*vedi bozza decreto articolo 3 comma 4g*). Condivisibile è la conferma della quota procapite pesata in base all'età della popolazione di ciascuna regione (che influenza notevolmente i consumi sanitari) per calcolare i fabbisogni regionali. Andrebbe però considerato anche l'indice di deprivazione.
- Le simulazioni sugli effetti del meccanismo sono assai incerte, quello che è sicuro che se si dovessero verificare variazioni importanti dell'attuale riparto, ciò causerebbe la rivolta delle regioni penalizzate. Probabilmente alla fine l'unica soluzione praticabile sarà il tradizionale "match" tra regioni, e poi con il Governo, sul riparto del finanziamento nazionale (*peraltro l'articolo 4 della bozza di decreto lascia intravedere questa "via d'uscita"*).
- Per quanto ci riguarda insisteremo affinché nel confronto tra Governo e Regioni (è prevista il 23 p.v. una Conferenza delle Regioni sul tema) si decida di cambiare queste parti della bozza di Decreto, soprattutto misurando finalmente i risultati sulla qualità dell'assistenza assicurata ai cittadini e non solo quelli, pur importanti, di tipo economico finanziario. Come affermato giustamente dal Presidente Errani: "Il decreto deve essere costruito sull'appropriatezza dei servizi e non solo sui risultati di bilancio".
- Inaccettabile è invece il silenzio del Governo sul Sociale: non si parla di definizione dei Livelli Essenziali né di decreto sui fabbisogni standard per il Sociale. Pure qui il Presidente Errani è stato chiarissimo, dichiarando irrinunciabile definire anche per l'Assistenza, oltre che per la sanità, Livelli essenziali e fabbisogni standard.
- Infine, altrettanto importante è rivedere l'ultima manovra finanziaria che ha tagliato le risorse destinate al socio sanitario (direttamente e con il patto di stabilità). Perché la spesa sanitaria è preziosa, va usata con rigore e in modo appropriato in base ai bisogni di assistenza: e proprio l'esperienza delle regioni più "virtuose" dimostra che non con i tagli indiscriminati ma con una profonda riorganizzazione dei servizi si assicura risanamento e buona assistenza ai cittadini.

Vera Lamonica Segretaria nazionale CGIL **Stefano Cecconi** Responsabile Politiche per la Salute CGIL nazionale

17 settembre 2010

Allegato: "Schema di decreto legislativo recante disposizioni in materia di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario", presentato dal Governo alla Conferenza delle Regioni e PP.AA. il 16.9.2010.

SCHEMA DI DECRETO LEGISLATIVO RECANTE DISPOSIZIONI IN MATERIA DI DETERMINAZIONE DEI COSTI E DEI FABBISOGNI STANDARD NEL SETTORE SANITARIO

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

VISTI gli articoli 76, 87, quinto comma, 117 e 119 della Costituzione;

VISTA la legge 5 maggio 2009, n. 42, recante “delega al Governo in materia di federalismo fiscale, in attuazione dell’articolo 119 della Costituzione” e, in particolare, gli articoli 2, commi 1 e 2, 3, 4, 5 e 8;

VISTO in particolare l’articolo 28 della citata legge 42/2009 che stabilisce, tra l’altro, che la relativa attuazione deve essere compatibile con gli impegni finanziari assunti con il Patto di stabilità e Crescita e che dalla stessa legge e da ciascuno dei decreti legislativi di attuazione non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica;

VISTA l’Intesa Stato-Regioni in materia sanitaria del 3 dicembre 2009 concernente il Patto per la salute per gli anni 2010-2012;

VISTI in particolare gli articoli 1, 2, 3 ed 11 della citata Intesa del 3 dicembre 2009, concernenti: la determinazione del fabbisogno del Servizio sanitario nazionale e dei fabbisogni regionali; l’obbligo delle regioni ad assicurare l’equilibrio economico finanziario della gestione sanitaria in condizioni di efficienza e di appropriatezza; l’avvio del sistema di monitoraggio dei fattori di spesa con particolare riferimento agli indicatori del rispetto della programmazione nazionale; gli organismi di monitoraggio della spesa con particolare riferimento alla Struttura tecnica di monitoraggio paritetica di cui all’articolo 3, comma 2; l’accertamento della qualità dei dati contabili, di struttura ed attività delle aziende sanitarie e del settore sanitario regionale;

CONSIDERATO che gli obblighi assunti in sede comunitaria dall’Italia e le compatibilità e i vincoli di finanza pubblica implicano necessariamente che il livello programmato del finanziamento complessivo del servizio sanitario nazionale costituisce il valore di risorse destinabile al finanziamento del Servizio sanitario nazionale che il Paese è nella condizione di assicurare per l’erogazione in condizioni di efficienza ed appropriatezze dei livelli essenziali di assistenza e pertanto assume la natura di *fabbisogno sanitario standard nazionale* nell’ambito del quale sono fissati i *fabbisogni sanitari standard regionali*;

CONSIDERATO che, ai sensi della citata Intesa del 3 dicembre 2009, costituiscono indicatori della programmazione nazionale per l’attuazione del federalismo fiscale i seguenti livelli percentuali di finanziamento della spesa sanitaria:

- a. 5% per l’assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;
- b. 51% per l’assistenza distrettuale;
- c. 44% per l’assistenza ospedaliera.

RITENUTO in fase di prima applicazione:

- di assumere quali regioni di riferimento (*benchmark*) per il calcolo dei costi e dei fabbisogni standard le regioni che abbiano garantito l’erogazione dei livelli essenziali di assistenza, in

condizioni di efficienza e di appropriatezza, con le risorse ordinarie stabilite dalla vigente legislazione a livello nazionale, ivi comprese le entrate proprie regionali effettive;

- di individuare per le regioni di riferimento i relativi costi a livello aggregato con riferimento ai tre macrolivelli di assistenza -assistenza collettiva, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera- al lordo della mobilità passiva e al netto della mobilità attiva extraregionale, della quota di spesa finanziata dalle maggiori entrate proprie rispetto alle entrate proprie considerate ai fini della determinazione del finanziamento nazionale, della quota di spesa che finanzia livelli di assistenza superiori ai livelli essenziali e delle quote di ammortamento;
- di individuare quale costo standard la media pro-capite pesata del costo registrato dalle regioni benchmark con riferimento ai citati macrolivelli di assistenza e di applicare detto costo a ciascuna regione e Provincia Autonoma di Trento e di Bolzano, con riferimento alla relativa popolazione pesata, al fine di individuare il valore percentuale di ogni singola regione e Provincia Autonoma rispetto al valore nazionale, quale *fabbisogno sanitario standard regionale* da applicare al *fabbisogno sanitario standard nazionale*;
- di individuare le regioni in equilibrio economico sulla base dei risultati relativi al secondo esercizio precedente a quello di riferimento e di effettuare le pesature con i pesi per classi di età considerati ai fini della determinazione del fabbisogno sanitario relativo al secondo esercizio precedente a quello di riferimento;
- di stabilire che qualora nessuna regione si trovi nella condizione di equilibrio economico come definito ai sensi del presente decreto, la regione *benchmark* sia individuata tenendo conto del miglior risultato economico registrato nell'anno di riferimento, depurando i costi della quota eccedente rispetto a quella che sarebbe stata necessaria a garantire l'equilibrio;
- di richiamare l'obiettivo per le regioni di adeguarsi alle citate percentuali di allocazione delle risorse di cui alla programmazione sanitaria;

VISTA la preliminare deliberazione del Consiglio dei Ministri, adottata nella riunione del, in attuazione di quanto previsto dall'articolo 2, comma 3, della citata legge 42/2009;

VISTA l'intesa sancita in sede di Conferenza unificata ai sensi dell'articolo 3 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, nella riunione del, come previsto dal citato articolo 2, comma 3, della legge 42/2009;

VISTI il parere della Commissione parlamentare per l'attuazione del federalismo fiscale di cui all'articolo 3 della legge 5 maggio 2009, n. 42, e i pareri delle Commissioni parlamentari competenti per le conseguenze di carattere finanziario della Camera dei deputati e del Senato della Repubblica, resi in attuazione di quanto previsto dal citato articolo 2, comma 3, della legge 42/2009, per i quali

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri, adottata nella riunione del ... ;

SU PROPOSTA del Ministro dell'economia e delle finanze, del Ministro per le riforme per il federalismo, del Ministro per la semplificazione normativa, del Ministro per i rapporti con le regioni e del Ministro per le politiche europee, di concerto con il Ministro dell'interno, con il Ministro per la pubblica amministrazione e l'innovazione e con il Ministro della salute;

Emana

il seguente decreto legislativo:

Art. 1

(Oggetto)

1. Il presente decreto è diretto a disciplinare la determinazione dei costi standard e dei fabbisogni *standard* per le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano nel settore sanitario, al fine di assicurare un graduale e definitivo superamento dei criteri di riparto adottati ai sensi dell'articolo 1, comma 34, della legge 662/1996, così come integrati da quanto previsto dagli Accordi tra Stato e Regioni in materia sanitaria.
2. I costi e i fabbisogni *standard* determinati secondo le modalità stabilite dal presente decreto costituiscono il riferimento cui rapportare progressivamente nella fase transitoria, e successivamente a regime, il finanziamento integrale della spesa sanitaria, nel rispetto della programmazione nazionale e dei vincoli di finanza pubblica.

Art. 2

(Determinazione del fabbisogno sanitario nazionale standard)

1. Il *fabbisogno sanitario nazionale standard*, è determinato in coerenza con il quadro macroeconomico complessivo e nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica e degli obblighi assunti dall'Italia in sede comunitaria.
2. Per gli anni 2011 e 2012 il fabbisogno nazionale standard corrisponde al livello di finanziamento determinato ai sensi di quanto disposto dall'articolo 2, comma 67, della legge 23 dicembre 2010, n. 191, attuativo dell'Intesa Stato-Regioni in materia sanitaria per il triennio 2010-2012 del 3 dicembre 2009, così come rideterminato dall'articolo 11, comma 12 del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n.122.

Art. 3

(Determinazione dei costi e dei fabbisogni standard regionali)

1. Il Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, *d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni*, sentita la Struttura tecnica di supporto della Conferenza Stato-Regioni di cui all'articolo 3 dell'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009, determina annualmente, sulla base della procedura definita nel presente articolo, i costi e i fabbisogni standard regionali.
2. Per la determinazione dei costi e dei fabbisogni standard regionali si fa riferimento agli elementi informativi presenti nel Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS) del Ministero della salute.
3. Ai sensi dell'articolo 2, comma 2, lettera a), dell' Intesa Stato-Regioni in materia sanitaria per il triennio 2010-2012 del 3 dicembre 2009, con riferimento ai macrolivelli di assistenza definiti dal DPCM di individuazione dei livelli essenziali di assistenza in ambito sanitario del 29 novembre

2001, costituiscono indicatori della programmazione nazionale per l'attuazione del federalismo fiscale i seguenti livelli percentuali di finanziamento della spesa sanitaria:

- a. 5% per l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;
- b. 51% per l'assistenza distrettuale;
- c. 44% per l'assistenza ospedaliera.

4. Il *fabbisogno sanitario standard* delle singole regioni e delle Province Autonome di Trento e di Bolzano, cumulativamente pari al livello del *fabbisogno sanitario nazionale standard*, è determinato applicando a tutte le regioni i valori di costo rilevati nelle regioni di riferimento (*benchmark*). In sede di prima applicazione è stabilito il seguente procedimento:

- a) sono regioni di riferimento le regioni che abbiano garantito l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizione di equilibrio economico, come verificato dal Tavolo di verifica degli adempimenti regionali di cui all'articolo 12 dell'Intesa Stato-Regioni in materia sanitaria del 23 marzo 2005. A tale scopo si considerano in equilibrio economico le regioni che garantiscono l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza e di appropriatezza con le risorse ordinarie stabilite dalla vigente legislazione a livello nazionale, ivi comprese le entrate proprie regionali effettive;
- b) i *costi standard* sono computati a livello aggregato per ciascuno dei tre macrolivelli di assistenza: assistenza collettiva, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera. Il valore di *costo standard* è dato, per ciascuno dei tre macrolivelli di assistenza dalla media pro-capite pesata del costo registrato dalle regioni *benchmark*. A tal fine il livello della spesa delle tre macroaree delle regioni *benchmark*:
 - è computato al lordo della mobilità passiva e al netto della mobilità attiva extraregionale;
 - è depurato della quota di spesa finanziata dalle maggiori entrate proprie rispetto alle entrate proprie considerate ai fini della determinazione del finanziamento nazionale. La riduzione è operata proporzionalmente sulle tre macroaree;
 - è depurato della quota di spesa che finanzia livelli di assistenza superiori ai livelli essenziali;
 - è depurato delle quote di ammortamento.
 - è applicato, per ciascuna regione, alla relativa popolazione pesata regionale;
- c) le regioni in equilibrio economico sono individuate sulla base dei risultati relativi al secondo esercizio precedente a quello di riferimento e le pesature sono effettuate con i pesi per classi di età considerati ai fini della determinazione del fabbisogno sanitario relativi al secondo esercizio precedente a quello di riferimento.
- d) il valore percentuale del fabbisogno regionale, come determinato in attuazione di quanto indicato al **punto b)**, rispetto al valore totale, costituisce il *fabbisogno standard regionale*;
- e) il *fabbisogno standard regionale* determinato ai sensi del **punto d)**, è annualmente applicato al fabbisogno sanitario *standard* nazionale definito ai sensi dell'articolo 1;
- f) qualora nessuna regione si trovi nella condizione di equilibrio economico come definito alla lettera a) del presente comma, la regione *benchmark* è individuata tenendo conto del miglior risultato economico registrato nell'anno di riferimento, depurando i costi della quota eccedente rispetto a quella che sarebbe stata necessaria a garantire l'equilibrio;

- g) resta in ogni caso fermo per le regioni l'obiettivo di adeguarsi alla percentuale di allocazione delle risorse stabilite in sede di programmazione sanitaria nazionale, come indicato al comma 3.

Art. 4

(Revisione a regime dei fabbisogni standard)

1. Al fine di garantire continuità ed efficacia al processo di efficientamento dei servizi sanitari regionali, i criteri di cui all'articolo 3 possono essere rideterminati **previa Intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni**, comunque nel rispetto del livello di fabbisogno *standard* nazionale come definito all'articolo 2.
2. Le relative determinazioni sono trasmesse, dal momento della sua istituzione, alla Conferenza permanente per il coordinamento della finanza pubblica di cui all'articolo 5 della legge 5 maggio 2009, n. 42.

Art. 5

(Disposizioni finali ed entrata in vigore)

1. In fase di prima applicazione:
 - restano ferme le vigenti disposizioni in materia di riparto delle somme destinate al rispetto degli obiettivi del Piano sanitario nazionale, ad altre attività sanitarie a destinazione vincolate, nonché al finanziamento della mobilità sanitaria;
 - restano altresì ferme le ulteriori disposizioni in materia di finanziamento sanitario non disciplinate dal presente decreto.
2. Resta fermo quanto previsto dall'articolo 9 del decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56, in materia di sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria.
3. Dal presente decreto non devono derivare minori entrate né nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.
4. Il presente decreto entra in vigore il giorno successivo alla sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale.