

Nota su Documento Linee Guida delle Regioni per la definizione del nuovo Patto per la Salute 2010-2012

di LEONILDA BUGLIARI ARMENIO e MARIADONATA BELLENTANI

SOMMARIO: 1. Premessa; 2. Introduzione al Documento Linee Guida; 3. Analisi dei contenuti; 4. Conclusioni.

1. Premessa.

Il 23 ottobre 2009 il Governo e le Regioni hanno sottoscritto un primo *Accordo per la redazione del nuovo Patto per la Salute 2010-2012*¹, condividendo alcuni nodi istituzionali di primaria importanza, che hanno sbloccato la situazione di stallo tra Stato e Regioni che si era creata da aprile scorso².

La Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome ha contestualmente approvato un *Documento di Linee Guida delle Regioni per la definizione del nuovo Patto per la Salute 2010-2012*, che è stato parzialmente aggiornato il 12 novembre 2009 per allinearne i contenuti rispetto a quelli dell'Accordo sottoscritto con il Governo il 23 ottobre 2009³.

Il Documento di Linee Guida riguarda le proposte avanzate dalle Regioni ed apre il tavolo istituzionale che definirà i contenuti reali del Patto, considerando la cornice istituzionale condivisa con l'atto del 23 ottobre scorso.

Questi documenti modificano sostanzialmente l'ambito del dibattito sul nuovo Patto per la Salute rispetto al documento di proposte elaborato dal Governo e presentato dal Ministro dell'Economia a settembre 2009, che è stato oggetto di numerose critiche, a partire dagli aspetti finanziari e istituzionali: la determinazione del fabbisogno finanziario per il Servizio sanitario nazionale (Ssn) e per gli investimenti sulla qualificazione e l'ammodernamento tecnologico delle strutture sanitarie, le modalità di verifica dell'effettiva erogazione dei Livelli essenziali di assistenza (Lea), il sistema per rilevare eventuali disavanzi sanitari, le modalità di affiancamento

¹ L'Accordo è stato pubblicato nell'Archivio della sezione "Sanità" del sito www.regioni.it, reperibile al seguente link: http://www.regioni.it/mhonarc/details_misc.aspx?id=37521.

² Si rinvia a V. MARANGI, *Un nuovo "Patto per la salute 2010-2012": cornice istituzionale*, in questa *Rivista*, n. 11 /2009.

³ Il Documento è stato pubblicato nella sezione "Conferenze" del sito www.regioni.it, reperibile al seguente link: http://www.regioni.it/upload/121109_lineeguida_Patto_Salute_2010_2012.pdf.

delle Regioni in difficoltà finanziarie non solo per il rientro dal *deficit* ma anche per lo sviluppo strutturale del loro sistema sanitario, la ridefinizione delle procedure di commissariamento.

Il Patto per la Salute, una volta realmente definito sarà di importanza strategica, sia perché le parti prescrittive saranno recepite con legge finanziaria per il 2010, sia perché il rispetto degli adempimenti così condivisi saranno considerati necessari al fine di poter accedere ai finanziamenti ulteriori ivi definiti, che vanno considerati ulteriori rispetto a quanto previsto dalla legge finanziaria 2007 e dal precedente Patto per la Salute. Tra le parti prescrittive da recepire con legge finanziaria, ci sono gli adempimenti sui Piani di rientro ed il commissariamento, nonché la proroga legislativa delle scadenze per il passaggio all'accreditamento istituzionale definitivo delle strutture sanitarie (previsto al 1° gennaio 2010, ma ad oggi quasi tutte le Regioni sono in difficoltà nel rispettare questo termine) al fine consentire il completamento della fase di accreditamento definitivo delle medesime strutture.

2. Introduzione al Documento Linee Guida.

Il Documento di Linee guida delle Regioni per la definizione del Patto per la salute 2010-2012 si apre riaffermando il valore del Servizio sanitario italiano sia a livello internazionale che nazionale, nei suoi principi fondamentali (di equità, universalità e solidarietà) che hanno garantito una posizione di tutto rispetto del nostro sistema rispetto ad altri Paesi, anche ad elevato sviluppo, che spendono per la sanità molto di più pur non garantendo la stessa copertura sanitaria.

Accanto a queste valutazioni favorevoli, le Regioni mettono in evidenza una serie di criticità che al momento caratterizzano il sistema e sulle quali è possibile intervenire e condividere obiettivi di miglioramento, ad esempio l'inappropriatezza ancora esistente, dei ricoveri ospedalieri e dell'uso del pronto soccorso, anche a causa dell'insufficiente organizzazione dei servizi territoriali ed in particolare dell'assistenza domiciliare. Ancora, il tema delle liste di attesa per importanti presentazioni specialistiche e l'ingiustificata disparità nel livello di spesa farmaceutica per abitante tra le Regioni, con picchi in alcune realtà, purtroppo non correlati ad un miglioramento del livello di salute della popolazione.

Inoltre, le Regioni mettono in evidenza la necessità di concentrarsi sui nuovi bisogni di salute e sulle cosiddette "emergenze dimenticate", quali l'invecchiamento della popolazione, che richiede la necessità di concentrarsi sulla prevenzione, sugli interventi per la qualità della vita (non solo più anni di vita, ma più vita agli anni), sull'attenzione alle fragilità per preservare le "autonomie possibili" ed evitare, per

quanto possibile, le disabilità ed affrontare efficacemente le patologie croniche, con un reale percorso di presa in carico complessivo del bisogno della persona⁴.

Questi nuovi bisogni di salute, insieme a quelli tradizionali, rendono la spesa sanitaria poco flessibile rispetto alle congiunture economiche strutturali, ed è un dato dal quale le Regioni non intendono prescindere nella definizione, con il Governo, delle scelte strategiche per il futuro del Ssn. Serve, secondo le Regioni, investire - per quanto possibile - sulla sanità ed al contempo impegnarsi per ridurre le spese e le attività inappropriate. La distribuzione dei disavanzi fra le diverse Regioni evidenzia gli ampi margini di miglioramento nell'efficienza e nell'appropriatezza dell'erogazione delle prestazioni sanitarie, soprattutto in ambito ospedaliero e nel delicato settore farmaceutico.

Per il miglioramento delle prestazioni le Regioni hanno interesse a condividere obiettivi per rafforzare l'attività di prevenzione, ampliare e rivedere il sistema della *Primary Health Care* con la valorizzazione delle professionalità del territorio, a cominciare dai medici di famiglia, lo sviluppo dell'integrazione socio-sanitaria e l'assistenza ai non autosufficienti, un'efficiente gestione delle risorse umane disponibili, il corretto dimensionamento e la qualificazione delle reti ospedaliere, un parallelo sviluppo dei servizi territoriali.

Sulla base di tali considerazioni, le Regioni propongono gli obiettivi generali del Nuovo Patto per la Salute, che puntualizzano le finalità a cui tendere: raggiungimento dei livelli di equità nell'accesso e nella fruizione dei servizi e nel miglioramento progressivo della qualità e dell'appropriatezza dei servizi erogati, nel rispetto dell'equilibrio economico del sistema salute.

È una chiara indicazione regionale: il Patto per la Salute impegna sui temi della qualità, dell'equità, sull'appropriatezza, ma non sulla riduzione o selezione di prestazioni sanitarie che sono rilevate come scientificamente efficaci.

A tal fine le Regioni intendono stipulare con il Governo un Nuovo Patto per la Salute che si ponga in continuità con quello precedente e con le linee di fondo in esso rappresentate, con la consapevolezza che il reale problema da affrontare è il superamento dei divari qualitativi tra i servizi sanitari regionali come fonte di crisi del patto sociale tra Istituzioni e cittadini e come fonte di *deficit* finanziario⁵. Questo

⁴ Per approfondimenti sul tema, si rinvia a M.D. BELLENTANI – L. BUGLIARI ARMENIO, Dossier su *I Fondi e le Politiche per la Non Autosufficienza nelle Regioni*, in www.agenas.it, novembre 2009.

⁵ Il precedente Patto per la Salute 2006-2009 è stato stipulato nell'ambito della precedente Legislatura, su proposta dell'allora Ministro della Salute On. Livia Turco e definito con Accordo Stato-Regioni del 28 settembre 2006. Il Patto definisce alcuni aspetti fondamentali, che sono stati in larga parte recepiti dalla successiva legge finanziaria 2007 (legge n. 296/2006), tra cui:

è un elemento di novità importante: il *deficit* sanitario di alcune Regioni non è un elemento che riguarda solo il rapporto tra le Regioni interessate ed il Governo, ma è un elemento essenziale del sistema, che tutte le Regioni devono affrontare al fine della stessa sostenibilità ed equità sostanziale del sistema.

Infatti, un contesto federalista richiede di rafforzare i poteri e le responsabilità dei singoli, ma anche di individuare in modo condiviso, tra Stato e Regioni, le regole e le procedure di verifica e controllo delle attività delle Regioni per garantire i Lea su tutto il territorio nazionale e le modalità di finanziamento che diano certezza di risorse. In questo rapporto si esprimono i principi di leale collaborazione e di sussidiarietà stabiliti dalla Costituzione, in particolare agli articoli 118 e 120, a seguito della riforma del Titolo V, parte II, della Costituzione (di cui alla legge cost. n. 3/2001).

3. Analisi dei contenuti.

Il Documento si sviluppa in sette punti principali:

- Fabbisogno finanziario del sistema e misure di razionalizzazione della spesa e qualificazione dei servizi;
- Impegni condivisi;
- Premialità ed incentivazione dei percorsi virtuosi;
- Eliminazione e progressiva riduzione delle trattenute di cassa a garanzia;
- Misure di *governance* del sistema sanitario: procedure di valutazione e monitoraggio degli adempimenti regionali;
- Investimenti;
- Disposizioni da prevedere nelle norme attuative del Patto.

Per quanto riguarda il primo aspetto, le Regioni rappresentano gli elementi da cui non si può prescindere: la spesa sanitaria ha elementi di rigidità legati al continuo incremento del fabbisogno dei servizi e allo stesso miglioramento della medicina

-
- nuovi *standard* della rete ospedaliera (da 5 posti letto a 4,5 posti letto come dotazione media regionale), con contestuale ampliamento degli interventi di continuità assistenziale e del passaggio dall'ospedale al domicilio del cittadino (protocolli di dimissione protetta, diminuzione dei ricoveri ospedalieri in lungodegenza);
 - il passaggio all'accreditamento istituzionale, con reali percorsi di valutazione e miglioramento della qualità per le strutture private (superamento del cosiddetto "accreditamento *ex lege*" delle strutture private che erano convenzionate con il Ssn al 1° gennaio 2003);
 - l'adeguamento strutturale e tecnologico del Ssn, la promozione di processi di qualificazione della rete ospedaliera, l'incentivazione dell'integrazione tra erogatori pubblici ed erogatori privati.

Per ulteriori approfondimenti sul precedente Patto per la Salute si rinvia al sito www.regioni.it, sezione sanità.

(nuove tecnologie, nuove possibilità di trattamento di malattie un tempo considerate incurabili), a cui il precedente Patto per la Salute aveva risposto prevedendo un incremento delle risorse nel triennio 2006-2009 del 3,72%.

Questi elementi devono essere considerati nel nuovo Patto, pur in presenza di una crisi economica, anche solo tenendo conto degli incrementi demografici che, pur essendo contenuti, sono tuttavia presenti (0,6% annuo registrato in questi anni).

Le Regioni evidenziano altresì il passaggio delicato e strategico anche sugli aspetti del finanziamento data la recente approvazione della legge delega n. 42/2009 sul federalismo fiscale che mira a dare attuazione dell'art. 119 Costituzione.

La nuova legge apre una riflessione sul concetto di costi e fabbisogni *standard* per i livelli essenziali delle prestazioni (di cui all'art. 117 Costituzione), di cui i relativi decreti delegati attuativi dovranno definire anche i costi ed i fabbisogni *standard* del sistema sanitario. Il Documento in esame riprende i contenuti dell'Accordo 23 ottobre 2009 sui finanziamenti che lo Stato si impegna ad assicurare al sistema sanitario, cui aggiungerà un ulteriore finanziamento per coprire i costi per il rinnovo contrattuale del personale dipendente e convenzionato del Ssn⁶.

A tal fine precisa che anche le risorse che il Ministero della Salute ogni anno vincola per obiettivi fondamentali del Piano sanitario nazionale (con uno stanziamento fino al 3% delle risorse del Ssn, di cui all'art. 1, co. 34 e 34 *bis* della legge n. 662/1996), vanno correttamente intese come risorse per obiettivi già compresi nei Lea.

Le Regioni chiariscono, in questo modo, che non trattandosi di risorse ulteriori, non è possibile vincolarle per obiettivi ulteriori, ma si tratta di un ulteriore momento di condivisione tra Stato e Regioni di priorità per il soddisfacimento di obiettivi ritenuti fondamentali, ma già rigorosamente compresi nei Lea.

Dopo questa premessa, il documento delle Regioni si sofferma sui settori strategici in cui operare al fine di qualificare i sistemi sanitari regionali e garantire maggiore soddisfacimento dei bisogni dei cittadini e un maggiore controllo della spesa.

I temi sono di importanza strategica per i cittadini e l'intero sistema, trattandosi di:

a) *riorganizzare le reti regionali di assistenza ospedaliera*: non basta condividere nuovi *standard* di riduzione dei posti letto di ricovero ordinario, ma serve lavorare per l'uniformità del cambiamento dell'intera rete ospedaliera. È ben noto che in diverse Regioni i riassetti previsti dalle norme non si sono mai realizzati ed insistono ancora piccoli ospedali che possono addirittura mettere a rischio la sicurezza dei pazienti, ed infatti esistono *setting* assistenziali differenziati e tassi di

⁶ Per approfondimenti sugli investimenti si rinvia a V. MARANGI, *Un nuovo "Patto per la salute 2010-2012": cornice istituzionale*, cit.

ospedalizzazione significativamente diversi tra le Regioni. Pertanto serve lavorare per garantire l'uniformità e la qualificazione della rete su tutto il territorio nazionale. A tal fine le Regioni propongono di definire, con un'apposita intesa Stato-Regioni, nuovi indirizzi e le linee per la razionalizzazione della funzione ospedaliera, al fine di promuovere adeguati processi di qualificazione della rete per l'assistenza ospedaliera; particolare importanza assume la revisione in riduzione degli *standard* attualmente definiti in 4,5 posti letto per 1000 abitanti;

b) *l'assistenza farmaceutica* per la quale le Regioni chiedono di istituire un apposito tavolo paritetico Stato-Regioni (cui partecipano anche rappresentanti delle Agenzie nazionali, sia per il farmaco - Aifa, sia per i servizi regionali -Agenas), per migliorare le modalità di governo dell'assistenza farmaceutica ospedaliera, per assicurare alle Regioni i dati analitici necessari per il monitoraggio della spesa, nonché per predisporre una proposta organica di revisione della disciplina in materia di uso *off-label* dei farmaci (ossia farmaci utilizzati per patologie diverse da quelle per i quali sono stati autorizzati);

c) *governo del personale*: anche per questo complesso settore, le Regioni propongono l'istituzione di un gruppo di lavoro istituzionale che individui linee di indirizzo per promuovere una migliore omogeneità ed efficienza nella gestione del personale. L'avvio in tempi differenziati dei processi di riorganizzazione della rete ospedaliera nelle Regioni, ma anche le altre scelte (tra cui il rapporto pubblico-privato), comportano una rilevante differenziazione delle attuali politiche gestionali del personale;

d) *il potenziamento dell'assistenza specialistica*: con questo obiettivo le Regioni in realtà propongono un nuovo equilibrio tra servizi ospedalieri e territoriali, sia in relazione all'assistenza primaria (con particolare attenzione alla maggiore integrazione dei medici di base in percorsi assistenziali integrati) sia per la diffusione e la crescita dell'offerta specialistica e diagnostica. Si intende qui soprattutto evidenziare che serve lavorare sull'appropriatezza, considerando che molte attività precedentemente erogabili solo in sede ospedaliera, possono ora essere effettuate in sede ambulatoriale (si pensi a tutto il settore della chirurgia, con il passaggio dal ricovero ospedaliero, alla *day surgery* fino alla chirurgia ambulatoriale);

e) *i meccanismi di regolazione del mercato*: a tal fine fondamentale importanza assumono la valutazione delle tecnologie e dei dispositivi (*Health Technology Assessment*) i quali costituiscono parte fondamentale della valutazione delle prestazioni erogate. Anche per quest'ambito la scelta è di seguire il settore tramite un apposito tavolo di lavoro di livello nazionale, con il compito di condividere

esperienze, definire procedure ed individuare livelli appropriati di valutazione e di monitoraggio dei prezzi di acquisto;

f) gli *accordi sulla mobilità interregionale*: la mobilità tra le Regioni è un tema che assume sempre maggiore rilievo, considerato che sono molti i cittadini che si spostano per ragioni di salute, soprattutto dal Sud verso il Nord, ma anche dai piccoli centri verso quelli di alta specializzazione. Vanno qui distinte le diverse forme: mobilità fisiologica (quella di confine, di vicinanza), mobilità appropriata o per specializzazione (ad esempio quella per prestazioni di altissima specializzazione erogate solo in alcuni centri in Italia), fenomeni di mobilità inappropriata ed evitabile, sulla quale ogni Regione deve impegnarsi. Su questo tema le Regioni propongono di individuare loro stesse gli indirizzi per definire accordi tra le Regioni confinanti, al fine di evitare fenomeni distorsivi, migliorare il livello di appropriatezza nell'erogazione dei servizi e individuare meccanismi di controllo;

e) l'*assistenza territoriale e post-acuta* in modo da soddisfare i bisogni delle persone affette da patologie complesse e posticipare il più possibile l'entrata nella fase della non autosufficienza.

La seconda tematica del Documento riguarda gli impegni condivisi ed ancora una volta le Regioni richiamano il significato della stipula di un Patto per la Salute: deve trattarsi della condivisione di un sistema di regole, che rispetti pienamente i diversi ruoli e le responsabilità che sono costituzionalmente riconosciute a ciascun livello istituzionale, anche alla luce della legge delega n. 42 del 2009 sul federalismo fiscale. Questa legge istituisce una serie di organismi tecnici a questo fine, quali la *Commissione tecnica paritetica per l'attuazione del federalismo fiscale* e la *Conferenza permanente per il coordinamento della finanza pubblica*.

È in quest'ottica di rispetto dei ruoli istituzionali che si devono inserire anche le procedure per le Regioni che si trovano in difficoltà finanziaria. In particolare, le Regioni propongono di rafforzare e riportare in sede di Conferenza Stato-Regioni, il sistema di monitoraggio dell'attuazione dei Piani di rientro dai disavanzi sanitari, anche in modo da riequilibrare il potere esercitato in questi anni dal livello nazionale, non tanto da parte del Ministero della Salute quanto da quello dell'Economia e Finanze. Le Regioni pertanto – sia con l'atto del 23 ottobre 2009 che con questo documento – prevedono di istituire una *Struttura tecnica di monitoraggio e verifica* (di cui al punto 5) presso la Conferenza Stato-Regioni, nonché di prevedere che l'eventuale commissariamento di una Regione sia effettuata tramite la nomina del Presidente della Regione nella funzione di *Commissario ad acta*, evitando che vi sia una figura di livello nazionale a presiedere funzioni di natura prettamente regionale, quali quelle della programmazione ed organizzazione dei servizi sanitari. Va, infatti, rilevato che presiedere un Piano di

rientro significa ben altro che definire le modalità per un riequilibrio finanziario: significa porre in essere una serie di misure non solo congiunturali ma strutturali, di revisione del sistema dei servizi e di risorse al fine di evitare ulteriori dissesti negli anni futuri. Inoltre, al punto 3, il documento sposta l'attenzione dai meccanismi "sanzionatori" e di commissariamento a quelli premianti per le Regioni virtuose, ossia quelle che garantiscono obiettivi di miglioramento qualitativo dei servizi e di equilibrio finanziario, ovvero Regioni in Piano di rientro che raggiungano gli obiettivi ivi contenuti. La premialità consiste nell'accesso privilegiato ai finanziamenti previsti per gli investimenti in sanità ex art. 20 della legge n. 67/1988 (ossia le risorse ed il programma per l'edilizia sanitaria), a cui si aggiunge la non applicazione di una trattenuta finanziaria che lo stesso documento propone al punto 4 (trattenuta di cassa, nella misura del 3% delle risorse, a garanzia della positiva verifica degli adempimenti del Patto della Salute), nonché la non applicazione dei vincoli normativi vigenti in materia di assunzione del personale. La trattenuta di cassa è un meccanismo nuovo, che acquista interesse anche in vista del cambiamento del sistema di finanziamento di cui alla legge n. 42/2009.

Gli ultimi punti di questo documento riguardano gli investimenti in sanità nel triennio 2010-2012, rispetto al quale le Regioni valutano positivamente l'incremento delle risorse di cui all'art. 20, ed inoltre stabiliscono le priorità di destinazione. Infine, il punto 7 prevede che le disposizioni prescrittive saranno riprese dalla legge finanziaria per il 2010, come già precedentemente accennato.

4. Conclusioni.

Il documento, pertanto, rappresenta un atto di grande rilievo in un quadro istituzionale che si sta rapidamente evolvendo e rispetto al quale mancano ancora molti elementi istituzionali com'è ben chiaro dalla giurisprudenza che si è accumulata negli anni dal 2001 ad oggi. Ecco un nuovo tassello, quindi, che anche se sembra limitarsi al settore sanitario, in diversi punti diventa di contesto generale e fissa ulteriori paletti: la condivisione delle regole di sistema, i principi ed i valori condivisi per un sistema di livello nazionale, il rispetto delle competenze delle Regioni anche in quel difficile equilibrio tra le risorse economiche garantite, il pareggio di bilancio delle aziende sanitarie, la garanzia dei Lea.