

INDAGINE CONOSCITIVA

La sfida della tutela della salute tra nuove esigenze del sistema sanitario e obiettivi di finanza pubblica

I sistemi sanitari del cosiddetto “Welfare europeo” attraversano una fase di profondi mutamenti determinati da numerosi fattori quali le dinamiche di invecchiamento della popolazione, i mutamenti del quadro epidemiologico, i costi crescenti legati all’evoluzione della medicina e delle tecnologie sanitarie, nonché la crisi economico-finanziaria e i vincoli di finanza pubblica sempre più stringenti. Infatti, nei Paesi a economia avanzata, a partire dal 2000, si è assistito ad una crescita sostenuta della spesa sanitaria che, solo negli ultimi tre anni, ha subito un rallentamento legato alla crisi economico-finanziaria e alle conseguenti manovre di contenimento dei costi.

Nel nostro Paese si è quindi sviluppato un ampio confronto riguardo alla sostenibilità dei costi del Servizio sanitario nazionale - istituito nel 1978 e ormai patrimonio di tutti i cittadini - e alla necessità di riorganizzare l’offerta di servizi sanitari e sociosanitari alla luce dei vincoli di finanza pubblica e delle modifiche introdotte al Titolo V della Costituzione, il quale, da un lato, riconosce quale materia di competenza esclusiva dello Stato “la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale” e, dall’altro, contempla tra le materie attribuite alla competenza legislativa concorrente delle regioni “la tutela della salute”.

Alla luce del nuovo quadro costituzionale, lo Stato definisce i livelli essenziali di assistenza (Lea) e garantisce le risorse necessarie in condizioni di efficienza e appropriatezza, mentre le regioni organizzano i propri servizi sanitari e garantiscono l’erogazione delle prestazioni. La concreta definizione dei rapporti tra Governo centrale e regioni è affidata ad apposite intese, che delineano, da oltre un decennio, un sistema non più fondato sull’aspettativa da parte delle regioni del ripiano dei loro disavanzi, ma sul principio della forte responsabilizzazione, sia delle regioni virtuose sia delle regioni con elevati disavanzi.

Inoltre, tenuto conto degli obiettivi di finanza pubblica, sulla base di intese raggiunte in sede di Conferenza Stato-Regioni e al fine di garantire l’integrale copertura delle prestazioni che ricadono nei livelli essenziali di assistenza (Lea), è definito annualmente il livello di finanziamento del Servizio sanitario nazionale a cui lo Stato contribuisce in via ordinaria, il cui ammontare viene ripartito tra le diverse regioni secondo il principio della quota capitaria ponderata, per età e per consumi sanitari della popolazione. Eventuali spese superiori al finanziamento concordato, conseguenti alle scelte di alcune regioni di erogare livelli di prestazioni superiori ai Lea (e quindi determinate in sede di predisposizione dei bilanci regionali) o a una

dinamica dei costi non congruente con quella sottesa alla quantificazione del fabbisogno, sono coperte a carico delle singole regioni.

Nel corso del tempo, sono stati inoltre introdotti specifici correttivi all'andamento della spesa, quali, ad esempio, il meccanismo dell'incremento automatico delle aliquote fiscali in caso di mancata copertura dell'eventuale disavanzo e l'obbligo di introdurre, nell'accordo tra le regioni con elevati disavanzi strutturali e lo Stato, un piano di rientro per il raggiungimento dell'equilibrio economico finanziario, assicurando alle stesse regioni impegnate nei piani di rientro un sostegno finanziario attraverso un fondo transitorio di accompagnamento.

In questo contesto, sono state altresì introdotte a livello nazionale misure di riequilibrio che hanno agito sia sul fronte della spesa, con interventi volti alla riorganizzazione della rete ospedaliera e al contenimento dei costi del personale e della spesa farmaceutica, sia su quello delle entrate, attraverso la rimodulazione della compartecipazione alla spesa degli utenti per prestazioni specialistiche e per la farmaceutica. Inoltre, a decorrere dal 2013, la ripartizione delle risorse avverrà sulla base del principio dei costi e fabbisogni standard previsto dalle norme di attuazione del federalismo regionale.

Le azioni messe in campo per il controllo della spesa sanitaria hanno quindi prodotto risultati significativi dal punto di vista economico-finanziario, tanto che nel 2012 tale spesa si è attestata a quota 110,8 miliardi di euro, facendo registrare, per il secondo anno consecutivo, una riduzione in termini nominali (pari allo 0,7 per cento contro lo 0,8 per cento dell'anno precedente). La spesa del comparto rappresenta comunque una quota significativa della spesa pubblica al netto degli interessi: circa il 15,5 per cento. Si tratta di un aggregato di spesa che, per altro, non trova separata evidenziazione nell'ambito della contabilità nazionale, ma è dato dalla somma delle diverse tipologie di spesa riconducibili al settore sanitario e, principalmente, ai costi del personale, facenti parte dell'aggregato redditi da lavoro dipendente, e alle spese per l'acquisto di beni e servizi, contabilizzati nei consumi intermedi.

Va per altro rilevato come della spesa sanitaria esistano due diverse definizioni: la spesa sanitaria corrente in termini di Pubblica amministrazione e la spesa sanitaria corrente in senso stretto. La prima definizione è quella impiegata nei documenti di finanza pubblica ed elaborata dall'ISTAT secondo i principi del Sistema Europeo delle Statistiche Integrate della Protezione Sociale (SESPROS) in accordo ai criteri del Sistema Europeo di Contabilità (SEC 95). La seconda è rappresentata dall'aggregato sulla base del quale viene operata la valutazione dei risultati di esercizio delle regioni. I due aggregati di spesa non sono omogenei e si differenziano non solo per i valori considerati e per i criteri di registrazione della spesa stessa, ma anche per l'insieme degli enti di riferimento. La spesa sanitaria corrente in senso stretto, infatti, prende in considerazione soltanto la spesa degli enti che producono servizi sanitari controllati dalle regioni e ricompresi nei rispettivi

Servizi Sanitari Regionali (ASL, Aziende Ospedaliere, IRCCS e Policlinici), mentre la spesa sanitaria corrente in termini di Pubblica amministrazione include la spesa effettuata in ambito sanitario da tutti gli enti erogatori facenti parte della stessa Pubblica amministrazione, ossia non solo gli enti dianzi citati, ma anche gli enti locali e altri enti, quali, ad esempio, la Croce Rossa Italiana e la Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori.

Nonostante gli indiscutibili progressi compiuti per porre sotto controllo tale spesa, tuttavia, non mancano preoccupazioni per il futuro, posto che, da un lato, la caduta del prodotto interno lordo registratasi negli ultimi anni fa sì che l'incidenza della spesa sanitaria sul prodotto stesso risulti ancora superiore al 7 per cento; dall'altro, i sempre più stringenti vincoli finanziari per il superamento delle inefficienze, soprattutto per le regioni soggette a piani di rientro, lasciano trasparire segnali preoccupanti sul fronte della qualità dei servizi garantiti agli utenti. In particolare, desta preoccupazione anche il livello di finanziamento del fondo sanitario nazionale, che, nel periodo 2008-2012, ha subito sostanziali riduzioni rispetto al livello previamente concordato con le regioni, ancorché si tratti di riduzioni giustificate dall'introduzione di misure di razionalizzazione e di contenimento della sanità pubblica contestualmente approvate.

Per quanto riguarda la compartecipazione alla spesa, si avverte invece l'esigenza di una maggiore equità sociale, posto che l'attuale sistema delle esenzioni per reddito non appare ancora in grado di tutelare numerose fasce di popolazione in condizioni di grave disagio economico, come ad esempio le persone che, pur percependo un salario, hanno a proprio carico una famiglia numerosa.

Per quanto concerne il contenimento della spesa, suscita dubbi l'effettivo funzionamento dei vincoli finanziari previsti a garanzia degli equilibri di bilancio, giacché il decreto-legge n. 35 del 2013 ha evidenziato la presenza di un debito sanitario pregresso di 14 miliardi di euro per far fronte al quale è stata prevista la possibilità per le regioni di accedere, presso la tesoreria dello Stato, ad un'anticipazione di liquidità entro un tetto massimo di pari importo. Al fine di evitare il ripetersi di tali fenomeni, sarà quindi necessario monitorare attentamente gli esiti del processo di adeguamento delle procedure amministrative, di cui al decreto legislativo n. 118 del 2011, finalizzato alla corretta rilevazione dei fatti di gestione, attraverso l'adozione di nuovi modelli di rilevazione del conto economico e dello stato patrimoniale delle aziende sanitarie, anche in vista della certificazione dei loro bilanci.

Profili problematici manifesta anche il finanziamento dell'edilizia sanitaria le cui risorse negli ultimi anni sono state interessate da significativi tagli lineari nel quadro delle manovre finanziarie adottate a partire dal 2008, che hanno inciso negativamente sui programmi di riorganizzazione dei servizi sanitari. Inoltre, con specifico riguardo alla riorganizzazione della rete ospedaliera, il percorso attivato non

ha ottenuto in tutte le regioni risultati soddisfacenti e dovrebbe comunque essere ricollegato alla ridefinizione di standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.

Elementi di criticità presentano altresì le regole di gestione dei piani di rientro che rappresentano strumenti che incidono sostanzialmente sull'erogazione dei servizi, poiché impongono alle regioni interessate il blocco del *turn-over* del personale sanitario e prevedono la prevalenza, nelle procedure di verifica, degli obiettivi di carattere economico rispetto a quelli concernenti l'erogazione dei servizi, con il conseguente rischio del peggioramento della qualità dell'assistenza o addirittura della mancata erogazione dei Lea.

Dal rapporto del Ministero della salute «Adempimento “Mantenimento dell'erogazione dei Lea” attraverso gli indicatori della griglia Lea» per l'anno 2010 emerge, infatti, che risultano inadempienti nell'erogazione dei Lea ben sei regioni sottoposte a piani di rientro, tutte del centro-sud (Molise, Lazio, Sicilia, Calabria, Campania e Puglia). La stessa Corte dei conti nella sua “relazione sulla gestione finanziaria delle regioni esercizi 2009-2010”, se, da un lato, ha evidenziato come il problema del nostro Paese non sia tanto il volume complessivo della spesa sanitaria - di poco superiore alla media OCSE, pari a 6,5 per cento del PIL e inferiore rispetto a quella di altri Paesi industrializzati, quali Francia e Regno Unito - ma piuttosto quello di conseguire recuperi di efficienza e di qualità specialmente in determinate aree, dall'altro lato, ha sottolineato che “gli indicatori di inappropriatazza delle cure e di complessità dei ricoveri mostrano risultati generalmente migliori nelle regioni del Centro-Nord, dato confermato dalla percezione diffusa tra i residenti nelle regioni meridionali, di scarsa qualità dei servizi offerti dai rispettivi sistemi sanitari, e che alimenta il fenomeno della mobilità dei pazienti”.

In questo quadro, considerata la complessità e la rilevanza della spesa sanitaria e dei diritti costituzionali ad essa sottesi, le Commissioni riunite V (Bilancio, tesoro e programmazione economica) e XII (Affari sociali) intendono svolgere un'indagine conoscitiva sulla tutela del diritto alla salute e la garanzia dell'accesso alle cure nel quadro degli obiettivi di finanza pubblica, al fine di:

- effettuare una comparazione degli andamenti tendenziali della spesa sanitaria pubblica e privata tra i maggiori Paesi europei, sia in termini di spesa assoluta pro capite, che di incidenza percentuale sul PIL;
- verificare le conseguenze della progressiva riduzione del finanziamento del Servizio sanitario nazionale avvenuta dal 2008 al 2013 sul livello di appropriatezza del sistema e delle prestazioni, in particolare individuando e valutando l'entità e l'effettiva efficacia degli interventi di *spending review*;
- valutare l'impatto atteso sulla complessiva erogazione delle prestazioni sanitarie in conseguenza del progressivo passaggio al sistema di finanziamento regionale attraverso “i costi standard”;

- verificare gli effetti dell'introduzione dei *ticket* dal punto di vista economico-finanziario, dell'orientamento della domanda di prestazioni sanitarie e della coerenza e della congruità del sistema delle esenzioni con gli obiettivi di protezione delle fasce più deboli della popolazione;
- verificare gli effetti dei piani di rientro sull'organizzazione sanitaria regionale, sull'accesso alle cure e sull'effettivo ripiano dei deficit sanitari;
- valutare il livello di omogeneità su tutto il territorio nazionale dell'accesso alle cure e del livello qualitativo delle prestazioni sanitarie erogate;
- verificare l'incidenza e l'efficacia della spesa sociale e socio-sanitaria, anche alla luce del riparto delle risorse tra comuni e ASL;
- verificare gli esiti del processo di adeguamento delle procedure amministrative, di cui al decreto legislativo n. 118 del 2011, finalizzato alla corretta rilevazione dei fatti di gestione, attraverso l'adozione di nuovi modelli di rilevazione del conto economico e dello stato patrimoniale delle aziende sanitarie, anche in vista della certificazione dei loro bilanci.

Al fine di realizzare i predetti obiettivi, le Commissioni riunite intendono audire i seguenti soggetti:

- Ministro della salute;
- Ministro dell'economia e delle finanze;
- Soggetti istituzionali: rappresentanti di regioni, ANCI, Corte dei conti, Ragioneria generale dello Stato, Struttura tecnica di monitoraggio paritetica istituita presso il Ministero della salute (STEM), CONSIP;
- Istituzioni sanitarie con funzioni di orientamento e controllo: Agenzia italiana del farmaco (AIFA), AGENAS;
- Rappresentanti dei sindacati di categoria: CGIL, CISL, UIL, UGL, Sindacato nazionale autonomo medici italiani (SNAMI), Associazione medici dirigenti (ANAAO-ASSOMED), Coordinamento italiano dei medici ospedalieri-Associazione sindacale dei medici dirigenti (CIMO-ASMD), Federazione Italiana Medici di famiglia (FIMMG); Federazione italiana medici pediatri (FIMP), Associazione anestesisti e rianimatori (AAROI), Federazione Patologi clinici, Radiologi, Medici del Territorio e Dirigenti Specialisti (F.A.S.S.I.D), Sindacato unico medicina ambulatoriale italiana (SUMAI), Associazione nazionale dentisti italiani (ANDI), Associazione italiana odontoiatri (AIO), Federazione italiana per la salute pubblica (FISPEOS), Federazione delle società medico scientifiche italiane (FISM), ecc.;
- Rappresentanti di professioni sanitarie: Federazione Nazionale dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, Federazione nazionale colleghi infermieri (IPASVI);
- Federazione italiana aziende sanitarie e ospedaliere (FIASO);
- Associazione italiana ospedalità privata (AIOP);
- Rappresentanti del Farmaco: SINAFI, Federfarma; Farindustria; Assogenerici;

- Associazioni di tutela dei malati: Cittadinanza attiva, Tribunale del Malato, ecc;
- Istituzioni e Fondazioni di studio di settore: Cergas-Bocconi, LUISS-Il Sole 24 Ore - Scuola superiore Sant'Anna, Istituto Bruno Leoni;
- Rappresentanti dei Fondi integrativi e delle Assicurazioni private (ANIA).

Nel corso dell'indagine conoscitiva potrebbero inoltre essere effettuate alcune missioni per permettere alle Commissioni riunite di acquisire direttamente elementi informativi.

L'indagine conoscitiva dovrebbe concludersi entro il 30 settembre 2013.